

Heinz-Josef Itkowiak, Nick Kratzer (Hrsg.)

Partizipation und Prävention

Beiträge der Fokusgruppe
„Partizipation und Führung“

Impressum

© 2009

Arbeit und Zukunft e.V. (PaPsD), Heinz-Josef Itkowiak

ISF München (PARGEMA), Dr. Nick Kratzer

Redaktion: Frank Seiß, ISF München

Gestaltung, Layout und Satz: Karla Kempgens, ISF München

Hamburg / München im April 2009

>> Die Projekte der Fokusgruppe ‚Partizipation und Führung‘



PaPsD

Partizipative Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch sozialen Dialog

Projektkoordination: Arbeit und Zukunft e.V.

Heinz-Josef Itkowiak

Alexander Frevel

buero@papsd.de

www.papsd.de



PARGEMA

PARTEIZIPATIVES GESUNDHEITSMANAGEMENT

PARGEMA

Partizipatives Gesundheitsmanagement

Projektkoordination: Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung e.V. – ISF München

Dr. Wolfgang Dunkel | wolfgang.dunkel@isf-muenchen.de

Dr. Nick Kratzer | nick.kratzer@isf-muenchen.de

www.isf-muenchen.de

www.pargema.de



3P

Pflege Dich selbst! Gesundheitskompetenzen entwickeln

Alice-Hospital Darmstadt

Manfred Fleck | manfred.fleck@alice-hospital.de

Fachhochschule Wiesbaden

Prof. Dr. K. North | k.north@bwl.fh-wiesbaden.de

www.alice-3p.de



QUIERO

Qualifizierung durch Integration erfahrungsbezogener Ressourcen
in Organisationen der Pflege

Verbundkoordination und Projektleitung: Freies Institut für Arbeitspsychologie und Gesundheitsforschung AuG Hamburg in Kooperation mit Perspective – Forschungsinstitut im Bereich personenbezogener Dienstleistungen e.V.

Wulf-Bodo Wahl | aug.perspective@freenet.de

www.quiero-online.de

>> Inhalt

Einleitung	7	
Heinz-Josef Itkowiak		
Partizipation		
Thesen zum Partizipationsverständnis	9	
■ Einführung	9	
■ Rahmenkriterien für Partizipationsansätze	10	
■ Erfolgskriterien für Partizipationsprojekte	12	
■ Organisationale und persönliche Voraussetzungen	13	
Nick Kratzer, Wolfgang Dunkel, Wolfgang Menz		
Partizipatives Gesundheitsmanagement		
Eine Antwort auf die Herausforderungen neuer Organisations- und Steuerungsformen?	15	
■ Einleitung	15	
■ Merkmale neuer Organisations- und Steuerungsformen	15	
■ Neue Organisations- und Steuerungsformen als Herausforderungen für ein partizipatives Gesundheitsmanagement	17	
Heinz-Josef Itkowiak		
Partizipation und Prävention durch sozialen Dialog		
Partizipative Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch sozialen Dialog (PaPsD)	21	
■ Zielvorgaben für einen partizipativen und präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz	21	
■ Übersicht der Projektinhalte	21	
■ Partizipation als Ausgangspunkt, Gegenstand und Zielsetzung	22	
■ Prävention als Gestaltungsziel	22	
■ Ganzheitliches Verständnis im Arbeits- und Gesundheitsschutz	22	
■ Der Transferprozess: sozialer Dialog	23	
■ Erste Erfolge	24	
■ Überbetrieblicher Dialog	25	
Nick Kratzer, Wolfgang Dunkel		
Neue Wege im betrieblichen Gesundheitsmanagement – Das Projekt PARGEMA		26
■ Einleitung	26	
■ Das Projekt PARGEMA: Verbundpartner und Ziele	27	
○ Die Ziele von PARGEMA auf der betrieblichen Ebene	27	
○ Die Ziele von PARGEMA auf der überbetrieblichen Ebene	28	
■ PARGEMA in den Betrieben – Fallbeispiele	28	
○ Fallbeispiel „Konsumelektronik“	28	
○ Fallbeispiel „Kommunikationstechnik“	29	
○ Fallbeispiel „Kontaktteile“	31	
■ Ausblick	32	

Peter Friedrich

Der Gesundheitsweg (3P)

Partizipation an der Prävention von gesundheitsgefährdenden Belastungen
in Pflegeberufen

.....	33
■ Hintergrund.....	33
■ Ziel.....	33
■ Ergebnisse.....	34
○ Die Werkzeuge des Gesundheitswegs.....	34
○ Wirksamkeit und Aufwand.....	35
○ Partizipation und Führung.....	37
■ Die Gesundheits-Scorecard – Bindeglied zwischen Partizipation und Führungsanspruch?.....	38
■ Fazit und offene Fragen – Grenzen partizipativer Ansätze	39
○ Partizipation zur Prävention – eine Notwendigkeit?.....	40
○ Partizipative Lösungsentwicklung: ja – Partizipative Implementierung: nein?.....	40
○ Herausforderungen partizipativer gesundheitsförderlicher Organisationsentwicklung.....	41

Wulf-Bodo Wahl und Julia Grigorieva

Partizipative Bewältigung von Veränderungsdruck in Organisationen der Pflege

Bericht aus dem Verbundprojekt – Qualifizierung durch Integration

erfahrungsbezogener Ressourcen in Organisationen der Pflege QUIERO	43
■ Ausgangspunkt.....	43
■ Begleitforschung als Dienstleistung.....	43
■ Integration von Ressourcen erfahrungsbezogener Arbeitsweisen in Qualifizierungs- und Professionalisierungsprozesse	44
■ Begleitforschung als Motor für Veränderung – Steuerungsmodell und Methodik.....	45
■ Die Entdeckung der Langsamkeit der Bewegung einer Organisation im Veränderungsprozess – Die widersprüchliche Realisierung der Verbundziele.....	47
■ Stützung der Veränderungsprozesse durch flankierende Angebote	48
■ Fazit.....	48

>> Einleitung

Im betrieblichen Geschehen bezeichnet Partizipation die Möglichkeit für die Beschäftigten, ausgehend von ihren Interessen auf ihre Arbeits- und Lebensbedingungen – soweit diese mit den betrieblichen Prozessen verbunden sind – Einfluss zu nehmen. Diese Möglichkeit der Partizipation ist in der Regel beschränkt und nicht mit einer unbegrenzten Selbstbestimmung gleichzusetzen. Ist Partizipation somit von der Selbstbestimmung abgegrenzt, ist sie andererseits mit Herrschaft oder Hierarchie verbunden. Innerhalb des betrieblichen Geschehens werden die Ebenen der Herrschaft oder Hierarchie im Hinblick auf die subjektive Seite der betrieblichen Akteure in der Regel durch den Begriff der Führung erfasst: Unternehmensführung, Bereichsführung, Führung durch den direkten Vorgesetzten.

Partizipation und Führung bilden innerhalb der Betriebe einen engen Zusammenhang, sind aufeinander verwiesen. Heutzutage kann die Steuerung der Unternehmen oder von Unternehmensabteilungen ohne einen gewissen Grad und eine gewisse Art der Partizipation überhaupt nicht mehr gelingen. Der Gestaltungsraum für die Beteiligung der Beschäftigten und die Entwicklung ihrer Partizipationskompetenz wird durch Führung eröffnet. Partizipation wirkt verändernd auf Führung zurück, erfordert ein neues Führungsverhalten und anders gestaltete Führungsstrategien. An diesem Zusammenhang setzt eine Reihe von Fragen an: Werden die heutigen Formen der Partizipation dem Anspruch einer Verwirklichung der Interessen der Beschäftigten gerecht? Wie viel eigenständigen Raum benötigt Partizipation? Muss Partizipation vor Führung geschützt werden? Wie verändert sich Führungsverhalten im Umgang mit partizipativen Ansätzen?

Diesen und ähnlichen Fragestellungen nachzugehen ist die Aufgabe, der sich die Fokusgruppe „Partizipation und Führung“ stellen will. Hierbei bekommen u.a. die folgenden Fragestellungen eine herausragende Bedeutung:

- ▶ Muss zwischen einer „echten“ Partizipation, welche die Interessen der Beschäftigten in den Mittelpunkt stellt, und Formen der „instrumentellen“ Partizipation, welche Elemente der Selbststeuerung und Selbstverantwortung durch die Beschäftigten im Sinne einer erweiterten Vorherrschaft der betrieblichen Interessen gegenüber den Menschen nutzt, unterschieden werden?
- ▶ Welche basalen Anforderungen sind an „echte“ Partizipationskonzepte zu stellen und wie verän-

dem sich im Zusammenhang mit ihnen Führungsaufgaben und -strategien?

- ▶ Entwickelt sich eine besondere Formbestimmung des Verhältnisses von Partizipation und Führung auf der Grundlage moderner Managementkonzepte?
- ▶ Ist Partizipation ein Lernprozess, der durch Führung unterstützt und mitgesteuert werden muss?

Zielsetzung der Arbeit der Fokusgruppe ist es, zum Ende der Laufzeit des Förderschwerpunktes „Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz“ eine Dokumentation der Diskussionsergebnisse in Form einer Broschüre mit dem Titel „Partizipation und Führung“ vorzunehmen.

Die hiermit zur BMBF-Tagung in 2009 vorgelegte Broschüre mit dem Titel „Partizipation und Prävention“ enthält als Schwerpunkt eine Sicht auf das Verhältnis von Partizipation und Führung, wie sie sich in erster Linie aus der speziellen Sicht der an der Fokusgruppe beteiligten Projekte ergibt. Ergänzt werden diese projektbezogenen Sichtweisen durch zwei allgemeine Beiträge, die innerhalb der Fokusgruppe als Diskussionspapiere vorliegen und Thesen zu einzelnen Fragestellungen des Verhältnisses von Partizipation und Führung formulieren.

An der Fokusgruppe „Partizipation und Führung“ sind folgende Projekte bzw. Verbundprojekte beteiligt:

- ▶ **3P – Pflege dich selbst**, eine Kooperation des Alice-Hospitals in Darmstadt und der Fachhochschule Wiesbaden, die dem Verhältnis von Partizipation und Prävention im stationären Pflegebereich nachgeht.
- ▶ Das **Projekt QUIERO** – Qualifizierung durch Integration erfahrungsbezogener Ressourcen in Organisationen der Pflege, ein Verbundprojekt, das durch Qualifizierung und Kompetenzentwicklung einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung von Fehlbeanspruchung und riskantem Arbeitsverhalten leisten will.
- ▶ Der **Verbund** aus sechs wissenschaftlichen Einrichtungen: **PARGEMA** – Partizipatives Gesundheitsmanagement, der Ansätze zur Partizipation und Prävention in Industrieunternehmen realisieren und hierfür erforderliche Bedingungen erforschen will.
- ▶ Der **Verbund PaPsD** – Partizipative Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch sozialen Dialog, welcher in den Bereichen ambulante Pflege, berufliche Weiterbildung und mobile Fachkräfte in der IT-Branche das partizipativ-präventiv ausgerichtete Verfahren des sozialen Dialogs entwickeln will.

>> Partizipation

Thesen zum Partizipationsverständnis

Einführung

Partizipation¹, ganz allgemein verstanden als Beteiligung von Menschen an Planungs- und Entscheidungsprozessen, ist ein höchst verschieden, äquivok benutzter Begriff. Das

1 > In diesem Papier geht es nur um Formen direkter Partizipation durch die Beschäftigten in Betrieben, Dienststellen, Einrichtungen, nicht um die Beteiligung der gesetzlichen Interessenvertretungen; deren Aufgaben und Rechte sind in den entsprechenden Gesetzen (Betriebsverfassungsgesetz, Personalvertretungsgesetz usw.) geregelt und bilden ein eigenständiges Diskussionsfeld.

hat seinen Grund nicht nur in den unterschiedlichen Sachgebieten: Politik, Gesellschaft, Gesundheitswesen, Arbeitsleben usw., in denen mit eigenständigen Zielsetzungen über Partizipation gesprochen wird. Ausschlaggebender dürfte sein, dass es sich um einen normativ befrachteten Begriff handelt (Kißler u.a. 2000: 14), der im praktischen Vollzug bestehende Machtpositionen und entsprechend eingeübte Entscheidungsprozesse in Frage stellt sowie mit Macht- oder möglicherweise Entmachtungsstrategien und aus ihnen resultierenden Erwartungen an die Resultate partizipativer Ansätze verbunden ist. Diese gegensätzliche Konstellation setzt sich selbst beim Vorliegen gemeinsamer Ausgangspunkte und Zielsetzungen durch, wenn sie auf politischer Ebene ausgehandelt und vorgegeben werden, wie die Entwicklung des Programms „Humanisierung der Arbeitswelt“ in den 1970er und 1980er Jahren gezeigt hat (Georg/Peter 2008: 70 ff.). Die Auseinandersetzung in den 1970er Jahren um das Konzept der „Mitbestimmung am Arbeitsplatz“, das Recht der Beschäftigten, über „alle Gestaltungsprobleme der Arbeitsorganisation in ihrem Bereich mitzuentcheiden (mit der Tendenz ihrer Selbstbestimmung)“ (Vilmar 1971: 6), steht exemplarisch für die Interessenseinandersetzung auf der Arbeitnehmerseite.

In vielen Versuchen zu einem arbeitswissenschaftlichen Partizipationsbegriff schlägt sich diese Konstellation unmittelbar nieder mit dem Ziel, die verschiedenen betrieblichen Interessen zumindest sprachlich zu vereinbaren. An klassischen Erwartungshaltungen gegenüber partizipativen Ansätzen auf der Arbeitgeberseite werden z.B. unterstellt: höhere Produktivität, bessere Qualität, Kostensenkung. Für die Arbeitnehmerseite werden ebenfalls Erwartungshaltungen formuliert wie z.B. höhere Einkommen, mehr persönliche Flexibilität, verbesserte Qualifikation und Gesundheit. Ein beliebtes, zweckdienliches „Instrument“ zur Vermittlung solcher unterschiedlicher Erwartungshaltungen ist der

Begriff der „Zufriedenheit der Beschäftigten“, dem die Funktion des Scharniers zukommt. Die Schlussfolgerungen laufen dann in etwa so: An Entscheidungen beteiligte Beschäftigte sind zufriedene Beschäftigte; zufriedene Beschäftigte sind leistungsbereitere Beschäftigte; leistungsbereitere Beschäftigte sind ein Gewinn für das Unternehmen.²

2 > In Zeiten der „Refeudalisierung“ (Negt 2001) gesellschaftlicher Verhältnisse sind solche Schlüsse erst recht problematisch. Der Gewinn, den leistungsbereitere Beschäftigte für das Unternehmen darstellen können, sind den Unternehmen möglicherweise einsichtig; attraktiver jedoch sind Projekte, die den gleichen Gewinn mit geringeren Lohnkosten und durch Externalisierung „unnötiger“ Kosten erreichen.

Mit diesen Überlegungen soll nicht ausgeschlossen werden, dass sich die betrieblichen Akteure zu Interessenkonstellationen bündeln lassen, die gemeinsame Ziele verfolgen; wäre diese Ebene nicht möglich, wäre Innovation per se in Frage gestellt. Aber ob sich solche Zielkombinationen mit dem jeweils gewählten Partizipationsansatz bzw. -modell realisieren lassen, bleibt fragwürdig. Das sprachlich gerne gemalte Bild von der win-win-Situation mag Harmoniebedürfnissen oder strategischen Zwecken entsprechen. Mit der betrieblichen Wirklichkeit hat es in sehr vielen Fällen nichts zu tun und dürfte so häufig Realität sein, wie die im Betriebsverfassungsgesetz verankerte vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Betriebsräten und Unternehmensleitungen. „Partizipation ist nicht zweckfrei“ (Kißler u.a. 2000: 14; 16f.). Zweck von Beteiligungsprojekten ist die Durchsetzung der Interessen der Beschäftigten, sie intendieren damit unmittelbar eine Veränderung bestehender Macht- und Entscheidungsstrukturen. Das Gelingen solcher Projekte ist jedoch entscheidend von den unternehmerischen Zielsetzungen und der Durchsetzungsfähigkeit der Beschäftigten innerhalb der betrieblichen Macht- und Entscheidungsstrukturen abhängig, wobei letztere sehr stark bestimmt wird durch die Bedeutung des Beschäftigtenwissens für den Produktionsprozess.

Dörre 1996 kommt in einer Übersicht unterschiedlicher Konzepte des *partizipativen Managementansatzes* zu dem Ergebnis, dass den von ihm herangezogenen Projekten hinsichtlich ihrer unternehmerischen Zielsetzungen (Rationalisierungs- bzw. Produktivitätserfolg) ein erfolgreicher Abschluss bescheinigt wird, hinsichtlich der Realisierung direkter Partizipationsmöglichkeiten der Beschäftigten sich aber ein ernüchterndes Bild bietet. „Inhalt, Umfang

und Zeitbudget von Beteiligung werden wesentlich von Geschäftsleitung und Unternehmensvorständen bestimmt. Schon dies ist eine erhebliche ‚Partizipationsbremse‘, weil verantwortliche Manager immer wieder dazu neigen, Beteiligungsansprüche der Arbeitenden zu verletzen oder gar zu ignorieren. ... Einmal daran gemessen, dass Partizipation wohl jene Dimension betrieblicher Reformprozesse ist, die sich relativ leicht ausbauen und erweitern ließe, sind die real gewählten Beteiligungsformen eher *unterentwickelt*“ (Dörre 1996: 81). So kann die zusammenfassende Beurteilung, dass „es um das emanzipatorische Po-

tential der neuen Managementkonzepte schlecht bestellt“ (ebenda) sei, nicht überraschen. Anders sieht es in einer Reihe von Betrieben aus, die stark darauf angewiesen sind, das „*Erfahrungswissen der Beschäftigten in verfügbare Produktionsintelligenz zu transformieren* ... Je stärker das Management auf die Nutzung vorhandener Produktionsintelligenz angewiesen ist, je wichtiger der Konsens mit den Beschäftigten über die Erweiterung betrieblicher Flexibilitätsspielräume wird und je mehr Wissen die Beschäftigten einzubringen vermögen, desto größer werden die Chancen direkter Partizipation“ (Dörre 1996: 82).

Rahmenkriterien für Partizipationsansätze

Nicht nur für Partizipationsprojekte – aber für sie insbesondere – gilt der „Werbeprosch“: nicht überall, wo Partizipation draufsteht, ist auch Partizipation drin. Es bedarf von daher einer Verständigung darüber, durch welche Rahmenkriterien partizipative Ansätze bestimmt sind und durch welche Erfolgskriterien das Gelingen solcher Ansätze ausgewertet werden kann.

Zur Diskussion der ersten Aufgabe, der Bestimmung von Rahmenkriterien für partizipative Ansätze, soll hier ein Definitionsversuch von Wilpert herangezogen werden, der sich um eine sehr allgemeine Bestimmung bemüht: „Participation is the totality of forms, i.e. direct (personal) or indirect (through representatives or institutions) and of intensities, i.e. ranging from minimal to comprehensive by which individuals, groups, collectives secure their interests or contribute to the choice process through self-determined choices among possible actions during the decisions process“ (Wilpert 1998: 42).

Partizipation findet innerhalb von Entscheidungsprozessen statt. Sie soll Beschäftigten – dieses ist unsere Engführung – Möglichkeiten eröffnen, sich an Entscheidungen zu beteiligen. Ziel der Beteiligung ist die Sicherung ihrer Interessen, die sie als Beitrag in den Entscheidungsprozess einbringen. Partizipation ist demnach nicht zweckfrei: Sie dient der Einbringung und Sicherung der Beschäftigteninteressen. Als zweite wichtige Bestimmung findet sich in dieser Definition das Moment der selbstbestimmten Auswahl. Partizipation soll den Beschäftigten die Möglichkeit eröffnen, selbstbestimmt aus unterschiedlichen Optionen, die der Entscheidungsprozess eröffnet, auszuwählen.

Vor diesem Hintergrund werden eine Reihe von unterschiedlichen Beteiligungsmöglichkeiten, die im Rahmen von Entscheidungsprozessen möglicherweise als partizipative Ansätze bezeichnet werden, bereits ausgeschlossen. Unterscheidet man den Begriff der Beteiligung, in den Partizipation allgemein übersetzt werden kann, grob in die beiden Formen der Teilnahme und Teilhabe (Preußner 2003: 31 f.), so können Beteiligungsformen, die *allein* dem Zweck der Teilnahme dienen (Informationsveranstaltungen, Betriebsversammlung), nicht unter den Begriff der Partizipation subsumiert werden.³ Die Sicherung von Beschäftigteninteressen setzt eine

³ >Damit soll nicht ausgeschlossen werden, dass solche Teilnahmemöglichkeiten durchaus Bestandteil von partizipativen Ansätzen sein können oder müssen; nur für sich genommen können sie nicht unter Partizipation eingeordnet werden.

wirkliche Einflussnahme auf den Entscheidungsprozess voraus und muss von daher im Sinne von Teilhabe interpretiert werden. Darüber hinaus impliziert das Merkmal einer selbstbestimmten Auswahl der Beschäftigten über unterschiedliche Optionen eines Entscheidungsprozesses einen Informationsgrad, der ein Verständnis von Information im Sinne von Teilnahme immanent sprengt. Selbstbestimmte Auswahl führt unweigerlich das Moment mit sich, sich selber ein Bild der unterschiedlichen Optionen verschaffen zu können, was mehr ist, als über unterschiedliche Optionen sich nur informieren zu lassen.

Auf Grundlage dieser basalen Bestimmungen zum Partizipationsverständnis eröffnet die Definition von Wilpert zwei breite Spektren zur weiteren Präzisierung: die Art (totality of forms) sowie die Intensität der Partizipation. Aus dem Spektrum zur Art der Beteiligung: von direkter bis indirekter Beteiligung,

können vor dem Hintergrund des Moments der selbstbestimmten Optionsauswahl nur Formen der

4 >Nicht selten wird Partizipation u.a. im Unterschied zur Selbstbestimmung definiert. Die Argumentation reflektiert dies i.d.R. in der Weise, dass sich Beteiligung und Selbstbestimmung umfänglich ausschließen: Letztere greift über Beteiligungsformen weit hinaus und erübrigt diese. Ob dem so ist, sei hier dahingestellt; wenn dem so ist, dann gilt diese ausschließende Reflexion nur, wenn Beteiligung und Selbstbestimmung als Gegensätze aufgenommen werden, z.B. im Sinne von Herrschaft vs. Selbstbestimmung. In unserer Diskussion wird Selbstbestimmung als notwendiges Moment von Partizipation aufgefasst, als Selbstbestimmung der Akteure im Partizipationsprozess und als Unterscheidungsbasis zwischen „echter“ Beteiligung und repräsentativer Beteiligung verstanden.

direkten Partizipation herangezogen werden, wenn die beiden allgemeinen Formen als Gegensatz oder als Möglichkeiten der freien Auswahl interpretiert werden. Eine repräsentative Interessenvertretung ist mit dem Moment der selbstbestimmten Optionsauswahl⁴ nur schwer vereinbar; umso mehr gilt dieses für eine indirekte Beteiligung von Beschäftigten durch Institutionen (z.B. Berufsgenossenschaften, Krankenkassen).

Wird das Spektrum zwischen direkten und indirekten Beteiligungsformen als ein Kontinuum aufgefasst, aus dem in unterschiedlichen Phasen des Partizipationsprozesses und zu bestimmten Zwecken Beteiligungs-

formen herangezogen werden, so kann zwischen direkter und indirekter Beteiligung kein Gegensatz gesehen werden, wenn die direkte Beteiligung als Basis des Prozesses nicht außer Kraft gesetzt wird.⁵

5 >Einige Ansätze der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), die Gesundheitszirkel (Berliner Modell), arbeiten mit einer solchen Mixtur aus direkten und indirekten Beteiligungsformen. Für die Arbeit der Gesundheitszirkel an den Arbeitsorten der Beschäftigten gilt die direkte Beteiligung der Beschäftigten; für die Arbeit in der Steuerungsgruppe gilt die indirekte Beteiligung durch „Delegierte“.

Hinsichtlich des Spektrums der Beteiligungsintensität kann zwischen minimaler und umfassender Beteiligungsintensität dort ein Unterschied gemacht werden, wo es sich um Randthemen innerhalb des Beteiligungsprozesses handelt. Allerdings setzt eine Differenzierung zwischen Rand- und Kernthemen ihrerseits eine umfassende Intensität der Beteiligung immer schon voraus, um eine wirkliche Teilhabe der Beschäftigten zu gewährleisten. Darüber hinaus kann zwischen einer minimalen und umfassenden Beteiligungsintensität vor dem Hintergrund unterschiedlicher Beteiligungsinhalte bzw. Beteiligungsformen sowie von rechtlichen Schranken unterschieden werden. Wenn im Rahmen eines Projekts der BGF im Steuerungskreis *unter Wahrung* des Datenschutzrechts umfassend über den Gesundheitszustand der Belegschaft informiert wird, so müssen – und wahrscheinlich auch können – nicht *alle* diese

Informationen auch an die Belegschaft weitergegeben werden.

Unsere Ausgangsdefinition zu Partizipation von Wilpert ist eine höchst formale, die einen sehr weiten Raum von Partizipationsansätzen eröffnet. Nimmt man allerdings die aus unserer Sicht basalen Bestimmungen der echten Teilhabe und der selbstbestimmten Optionsauswahl ernst, grenzen sich die Möglichkeiten zur Entwicklung eines Partizipationsverständnisses doch sehr stark ein.

Stufe 9: Selbstständige Organisation	Über Partizipation hinaus
Stufe 8: Entscheidungsmacht	Partizipation
Stufe 7: Teilweise Entscheidungskompetenz	
Stufe 6: Mitbestimmung	
Stufe 5: Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 4: Anhörung	
Stufe 3: Information	
Stufe 2: Erziehen, Behandeln	Nicht Partizipation
Stufe 1: Instrumentalisierung	

Stufenmodell von FPH 2006 auf Basis von Arnstein 1969

Ein Stufenmodell der Forschungsgruppe Public Health (FPH 2006 auf Basis von Arnstein 1996) zur Eingrenzung des Partizipationsbegriffs gibt die auf Grund der Diskussion der Definition von Wilpert vorgenommenen Bestimmungen im Grundsatz noch einmal wieder. In dem Modell werden die Vorstufen der Partizipation mit den Ebenen der Information, Anhörung und Einbeziehung deutlich von der Partizipation abgegrenzt. Damit fallen diese (Vor-)Stufen des Modells – nach unserem Verständnis – jedoch nicht einfach aus dem Partizipationsverständnis heraus. Partizipation ohne Information, Anhörung und Einbeziehung ist nicht möglich. Im Sinne einer dialektischen Aufhebung (Hegel) sind diese (Vor-)Stufen Inhalte des Partizipationsverständnisses, stehen in dieser Bestimmung aber unter dem eindeutigen Vorrang des Partizipationsansatzes. In diesem Sinne genügt es unter dieser Bestimmung nicht mehr, Information im Sinne einer Teilnahme der Beschäftigten an Informationsveranstaltungen zu nutzen; Information muss in dieser Bestimmung den basalen Kriterien der Partizipation dienen, eine umfassende Teilhabe sowie eine selbstbestimmte Optionsauswahl der Beschäftigten zu ermöglichen. Andererseits wird in diesem Stufenmodell der Partizipationsbegriff nicht einfach auf ein entscheidendes Merkmal (z.B.

Entscheidungsmacht) reduziert, sondern seinerseits in unterschiedene Stufen differenziert. Hiermit wird es möglich, Partizipation als einen dynamischen

Prozess zu denken, der unterschiedliche Formen der Beteiligung in sich enthält.

Erfolgskriterien für Partizipationsprojekte

Da es nur schwerlich gelingen wird, allgemein verbindliche Maßstäbe für den Erfolg von Partizipationsverfahren festzulegen und „objektiv“ zu messen, weil solche Verfahren durch eine Vielzahl spezifischer Bedingungen geprägt werden (Betriebsgröße, Art und Weise der Produktion, Möglichkeiten zur ganzheitlichen Gestaltung der Arbeit [Ulich 2005], Gestaltungsbereitschaft durch das Management u.a.), sollte versucht werden, Kriterien festzulegen, auf deren Basis der Erfolg partizipativer Ansätze diskursiv erörtert werden kann.⁶

⁶ > Die folgenden Ausführungen müssen durch erweiterte Recherchen möglicherweise ergänzt, argumentativ unterstützt und, wo notwendig, modifiziert werden.

Als Bezugspunkt dient hierzu der kategorische Satz von Kißler u.a. 2000: „Beschäftigungsbeteiligung ist nicht zweckfrei“ (ebenda: 16), sie dient der Durchsetzung der Interessen der Beschäftigten. Kißler u.a. 2000: 16ff. entwickeln hierzu selber eine Reihe von Kriterien⁷:

⁷ > Kißler u.a. 2000 entwickeln ihre Kriterien am Beispiel von Beteiligungsansätzen in der Verwaltungsmodernisierung. Die hier gegebene Darstellung ist gegenüber ihrem Sprachgebrauch verallgemeinert; auch die Struktur ihrer Darstellung ist modifiziert und durch eigene Anmerkungen ergänzt.

- ▶ **Organisationsentwicklung:** Beteiligung ist dann erfolgreich, wenn sie einen Prozess der (innovativen, modernisierenden) Organisationsentwicklung befördert und dadurch der Reorganisation der Unternehmen dient. – Hierbei ist aber festzuhalten, dass es nicht um Organisationsentwicklung im Allgemeinen, sondern um partizipationsorientierte Organisationsentwicklung gehen muss.
- ▶ **Akteursinteressen:** Partizipation ist dann erfolgreich, wenn sie der Durchsetzung der Interessen der Beteiligungsakteure dient.
- ▶ **Verfahrensstabilität:** Beteiligung ist dann erfolgreich, wenn sie zustande kommt und am Leben bleibt. – Beteiligung bedarf der Institutionalisierung! Im Sinne eines dynamischen, lernoffenen und selber Innovation zulassenden Verfahrens müssen eingeführte Beteiligungskonzepte aber auch veränderbar sein. In diesem Verfahren müssen die Basiskriterien für gelingende Partizi-

pation neu definiert werden, aber auch gewährleistet bleiben.

- ▶ **Prozessreichweite:** Auch partizipative Ansätze können in der Regel in die *Prozessphasen* Planung, Vermittlung, Durchführung, Evaluation differenziert werden. Die Beteiligung der Beschäftigten an allen Prozessphasen ist anzustreben. Zwei entscheidende Momente sind hier bei der Beurteilung einzubeziehen: das Moment der *Definitivionsmacht* und das Moment des *Partizipationsgrades*. Nur wo eine Mitwirkung (im Unterschied zur Information) und eine Mitbestimmung (im Unterschied zur Konsultation) der Beschäftigten gegeben ist, kann von erfolgreichen partizipativen Prozessen gesprochen werden (multilaterale statt unilaterale Verfahren). Eine weitere Bedeutung für die gelingenden Prozesse hat die *Beteiligungsquote*: Hierfür kann kein eindeutiges Kriterium (%-Zahl) bestimmt werden, sie muss nach der Intensität der angestrebten Partizipation und den festgelegten Bedingungen der Beteiligung ausgelotet werden. Als unerlässliches Kriterium muss an dieser Stelle noch die Kategorie der *Freiwilligkeit* benannt werden.
- ▶ **Erfolg und Transfer:** Beteiligung sollte möglichst vielen Beschäftigten nützen und möglichst wenigen schaden. In diese Beurteilung sind sowohl die intendierten Ergebnisse wie auch die nicht intendierten Folgen, die sich in Reorganisationsprozessen häufig ergeben, einzubeziehen. Daraus ergibt sich der Bedarf nach institutionalisierten Verfahren einer ex-post-Bewertung durch die Beschäftigten im Sinne eines Partizipationscontrollings.
- ▶ **Organisation des Partizipationshandelns** (Kißler u.a. 2001: 201): Die Organisation partizipativer Prozesse findet sehr oft in einer Parallelwelt statt, in der über eine neue Organisation der Arbeit zwar gesprochen, die alte Arbeitsorganisation aber noch nicht verändert wird, was die Gefahr eines Strukturkonservatismus in sich birgt; „die Vision wäre ein Beteiligungsprozess, der selbst initiiierend wirkt, in die Arbeit integriert ist und diese (permanent) verändert“ (ebenda).

Organisationale und persönliche Voraussetzungen

Dass die Durchführung von Partizipationsprojekten in Betrieben an organisationale Voraussetzungen⁸ gebunden ist, ist eine Selbstverständlichkeit, die der Erläuterung wohl nicht bedarf. Allerdings sind die zu berücksichtigenden Bedingungen so vielfältig, dass der Versuch einer vollständigen Aufzählung faktisch scheitern muss.

⁸ >Ergänzend zu den organisationalen Voraussetzungen sind sicherlich allgemeine Rahmenbedingungen von Bedeutung, die sich aus der Zugehörigkeit eines Betriebs zu einer Branche oder einem Wirtschaftszweig ergeben. Auf diese Themen kann im Rahmen dieses Papiers nicht eingegangen werden.

Ducki (1998: 135) führt hierzu beispielhaft eine Liste von Bedingungsfaktoren auf. Es soll von daher an dieser Stelle nur auf einige allgemeine Bedingungen kurz eingegangen werden.

Eine unerlässliche Rahmenbedingung für Partizipationsansätze ist die Unternehmenskultur (Heller 1998). Insbesondere dem Thema, inwieweit Beschäftigte Vertrauen zu ihrem Betrieb und der Betriebsführung haben, kommt in diesem Zusammenhang eine dominierende Stellung zu. Beschäftigte benötigen die Sicherheit, dass ihr persönlicher Einsatz und das Einbringen ihrer persönlichen Sichtweise in Analyse-, Bewertungs- und Gestaltungsprozesse nicht zu ihrem Nachteil erfolgt. Viele Autorinnen und Autoren aus der Partizipationsdiskussion sprechen von daher in diesem Zusammenhang auch von der Notwendigkeit einer betrieblichen Vertrauenskultur. Sie treffen mit dieser begrifflichen Zuspitzung sicherlich den Kern des Problems, greifen aber zu kurz, wenn die Vertrauensfrage allein im Verhältnis zwischen den Beschäftigten und der betrieblichen Führung gesehen wird. In das Thema Vertrauenskultur gehen auch Erfahrungen der Beschäftigten mit der Umsetzung von Erfahrungen aus vergangenen Projekten oder der Aufnahme von Veränderungsvorschlägen im Rahmen des normalen Alltagsbetriebs mit ein. Vertrauen ist nicht nur eine Frage davon, dass den Einzelnen nichts passiert, sondern auch, dass mit den erarbeiteten Inhalten etwas Wirksames und Erfolgreiches passiert.

Eng mit der Vertrauensfrage verbunden sind auch Gestaltungsanforderungen an die Organisation des Partizipationsprozesses. Zu den grundsätzlichen Anforderungen gehört in diesem Themenkomplex die Transparenz des Vorgehens bei der Beschäftigtenbeteiligung. Darüber hinaus die rechtzeitige und ausreichende Information aller Beteiligten, wobei die

Informationspolitik – wie bereits ausgeführt – unter das qualitative Kriterium gestellt werden muss, dass sie den Beteiligten die Entwicklung einer selbstständigen Entscheidung zu den anstehenden Sachfragen ermöglicht. Aber auch die innere Organisationsstruktur kann eine ausschlaggebende Bedeutung für das Gelingen von Partizipationsprozessen haben, was sich beispielhaft an der unterschiedlichen Organisation betrieblicher Gesundheitszirkel nach dem „Düsseldorfer“ und dem „Berliner“ Modell zeigen lässt (Westermayer/Bähr 1994; Preußner 2003: 16 ff.).

- ▶ Im „Düsseldorfer“ Modell wurden die Gesundheitszirkel hierarchieübergreifend zusammengesetzt, so dass hier Beschäftigte, direkte Vorgesetzte, betrieblich Verantwortliche für den Arbeits- und Gesundheitsschutz usw. zusammentrafen. In den Auswertungen dieses Ansatzes wurde angemerkt, dass es den Beschäftigten in der Zirkelarbeit schwer fiel, ihre Ansichten zu den anstehenden Sachfragen einzubringen; demnach stellte sich eine Dominanz der höheren Hierarchieebenen her.
- ▶ Im „Berliner“ Modell wurde u.a. auf diese Problematik im „Düsseldorfer“ Modell reagiert und die Gesundheitszirkel wurden nur mit den betroffenen Beschäftigten besetzt. In den Auswertungen zu diesem Ansatz wurde angemerkt, dass hierdurch eine offenere und flüssigere Arbeit der Gesundheitszirkel erreicht werden konnte. Allerdings fanden die Ergebnisse dieser Zirkel eine deutlich geringere Akzeptanz bei den direkten Vorgesetzten und im Management.

Die Beteiligung der Beschäftigten an Entscheidungs- und Planungsprozessen in den Betrieben muss als Personalentwicklungs- und persönlicher Lernprozess der einzelnen Beschäftigten verstanden werden. Es ist sicherlich richtig, dass die Beschäftigten ein hohes Erfahrungswissen über die Arbeits- und Organisationsprozesse in den Betrieben bzw. Unternehmen besitzen; sie können in dieser Hinsicht als Fachleute bezeichnet werden, die Problem- und Schwachstellen kennen oder doch relativ präzise benennen können. Dieses Erfahrungswissen zu nutzen und in verfügbare Produktionsintelligenz zu verwandeln (Dörre) ist eine Grundmotivation für Unternehmen, sich mit Partizipationsansätzen zu beschäftigen. Mit diesem Erfahrungswissen sind die Beschäftigten jedoch noch keine „Partizipationsexperten“. Es ist eine abwegige

Erwartung, die Beschäftigten könnten – vor dem Hintergrund langer Ein- und Unterordnung in einseitig vorgegebene Prozesse und eines möglicherweise vielfachen Scheiterns beim Einbringen von Änderungsvorschlägen – von Null auf Hundert Partizipationsmöglichkeiten nutzen. „Partizipation ist Ausgangspunkt, Gegenstand und Zielsetzung“ (Alexander Frevel). Das bedeutet: Partizipationsmöglichkeiten müssen eingeräumt und organisiert werden

(Ausgangspunkt); die Wahrnehmung der Partizipationsmöglichkeiten durch die Beschäftigten muss aber auch erlernt und entwickelt werden (Ressourcenstärkung), die Beschäftigten müssen die Erfahrung machen, dass ihr Engagement zu Veränderungen führt und sie einen Nutzen aus diesen Veränderungen haben (Gegenstand); dann kann es gelingen, die Beschäftigten als „Partizipationsexperten“ in den Unternehmen zu realisieren (Ziel).

Literatur

- Amstein 1969** – Shelly Amstein (1969) A Ladder of Citizen Participation. Journal of the American Institute of Planners, No. 4: 216-224.
- Bamberg u.a. 1998** – Eva Bamberg, Antje Ducki, Anna-Maria Metz (Hrsg.): Handbuch betrieblicher Gesundheitsförderung. Göttingen 1998.
- Denisow u.a. 1996** – Karin Denisow, Werner Fricke, Brigitte Stieler-Lorenz (Hrsg.): Partizipation und Produktivität. Forum Zukunft der Arbeit, Heft 5. Bonn 1996.
- Dörre 1996** – Klaus Dörre: Partizipatives Management – ein Schritt zum demokratischen Betrieb?, in Denisow u.a. 1996.
- Ducki 1998** – Antje Ducki: Allgemeine Prozeßmerkmale betrieblicher Gesundheitsförderung, in: Bamberg u.a. 1998.
- FPH 2006** – Forschungsgruppe Public Health (Wright, Block, von Unger): Workshop Bedarfsbestimmung, BMBF.
- Fricke 1996** – Werner Fricke: Beteiligung – ein notwendiges Element im Prozeß reflexiver Modernisierung von Wirtschaft und Gesellschaft, in: Denisow 1996.
- Georg/Peter 2008** – Arno Georg, Gerd Peter: Analyse und Bewertung subjektiver Arbeit. Übergreifende theoretische Reflexionen und interdisziplinäre Methodenvergleiche. Dortmund 2008.
- Heller 1998** – Frank A. Heller: Playing the Devil's Advocate: Limits to Influence Sharing in Theory and Practice, in: Heller u.a. 1998.
- Heller u.a. 1998** – Frank A. Heller, Eugen Pusic, George Strauss, Bernhard Wilpert: Organizational Participation. Myth and Reality. Oxford 1998.
- Kißler u.a. 2000** – Leo Kißler, Melanie Graf, Elke Wiechmann: Nachhaltige Partizipation. Beschäftigungsbeteiligung als Beitrag für mehr Chancengleichheit. Berlin 2000.
- Negt 2001** – Oskar Negt: Arbeit und menschliche Würde. Göttingen 2001.
- Preußner 2003** – Irene Preußner: Betriebliche Gesundheitsförderung durch Partizipation. Eine qualitative Studie zu den Voraussetzungen für eine Beteiligung an Gesundheitszirkeln. Dissertation an der Universität Hamburg. 2003 (PDF-Version).
- Strauss 1998** – Strauss, G. (1998). Participation Works – If Conditions are appropriate, in: Heller u.a. 1998.
- Ulich 2005** – Eberhard Ulich: Arbeitspsychologie. Stuttgart 2005⁶.
- Vilmar 1971** – Fritz Vilmar: Mitbestimmung am Arbeitsplatz. Basis demokratischer Betriebspolitik. Neuwied und Berlin 1971.
- Westermayer/Bähr 1994** – Gerhard Westermayer, Bernhard Bähr (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen, Stuttgart 1994.
- Wilpert 1998** – Bernhard Wilpert: A View from Psychology, in: Heller u.a. 1998.

>> Partizipatives Gesundheitsmanagement

Eine Antwort auf die Herausforderungen neuer Organisations- und Steuerungsformen?

Einleitung

„Arbeit macht krank“. Das ist eine Binsenweisheit – und eine Tatsache. Genauso stimmt auch, dass Arbeit eine Chance ist, sich in der Welt zu entfalten, sich weiterzuentwickeln, etwas Befriedigendes zu tun, etwas zu schaffen. Es ist deshalb nicht die Arbeit an sich, die krank macht oder Befriedigung verschafft – keine Arbeit macht auch krank. Es sind die Bedingungen, unter denen gearbeitet wird, die darüber entscheiden, ob Arbeit eher Entfaltung oder mehr Belastung und Gefährdung ist.

Es ist das Wesen des Kapitalismus, dass Arbeit hier die zentrale Ressource und Quelle der Wertschöpfung ist, und es ist genauso das Wesen des Kapitalismus, dass er im andauernden Rationalisierungsprozess genau diese zentrale Ressource in größte Gefahr bringt. Die Verwertung und Rationalisierung menschlicher Arbeit hat deshalb etwas von einem Nullsummenspiel, in dem die größeren Gewinne auf der einen Seite mit größeren Verlusten auf der anderen Seite einhergehen. Das können materielle Verluste sein – also vor allem Einkommen und was daran alles hängt, das können geringere Chancen sein, das kann aber auch der Verlust von Lebensqualität, Wohlbefinden oder körperlicher Unversehrtheit sein. Die Geschichte zeigt, dass Rationalisierung und Gesundheit oft genug Gegensätze waren, und die Gegenwart zeigt, dass sie das heute auch noch – oder auch wieder – sind.

Aber das Thema ist nicht, ob Arbeit prinzipiell Quelle von Krankheit oder Quelle von Gesundheit ist – Arbeit ist beides. Die Frage ist – noch mal –, unter welchen Bedingungen gearbeitet wird. Und das ist die Frage nach dem Zusammenhang von Rationalisierung und deren Folgen für Körper, Psyche und Sozialleben. Dieser Zusammenhang zwischen Rationalisierung und – kurz gesagt – Gesundheit ist aber nicht statisch, sondern verändert sich im historischen Verlauf. So folgte auf das Rationalisierungsparadigma des Taylorismus das Paradigma „neuer Produktionskonzepte“ und „partizipativen Managements“ und gegenwärtig ist die Rede von „neuen“, indirekten Organisations- und Steuerungsformen (Peters/Sauer 2005),

die nun den Rahmen für die Frage bilden, unter welchen Bedingungen heute gearbeitet, ob dann eher von Gefährdung oder von Entfaltung des menschlichen Arbeitsvermögens die Rede sein muss und welchen Beitrag der Arbeits- und Gesundheitsschutz hierzu leisten kann.

Wir werden dazu in einem ersten Schritt die empirischen Befunde des Projekts PARGEMA zu einer Beschreibung neuer Organisations- und Steuerungsformen verdichten und in einem zweiten Schritt die damit verbundenen Herausforderungen für ein „partizipatives Gesundheitsmanagement“ umreißen:

Die Basis bilden konzeptionelle Überlegungen und empirische Befunde aus dem laufenden Forschungs- und Gestaltungsprojekt „PARGEMA – Partizipatives Gesundheitsmanagement“. An diesem Vorhaben, das vom ISF München koordiniert wird, sind sechs Institute aus Wissenschaft und Praxis sowie eine Reihe von Unternehmen beteiligt. Das Projekt wird vom BMBF im Rahmen des Förderschwerpunkts „Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz“ (Projektträger im DLR: Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen) gefördert (vgl. auch Dunkel/Kratzer 2007; weitere Informationen: www.pargema.de).

Im Zentrum der empirischen Arbeiten dieses Projektes stehen acht Betriebsfallstudien, die überwiegend von interdisziplinär besetzten Teams mit einem Mehr-Methoden-Ansatz durchgeführt werden: Kombiniert werden dabei quantitative (schriftliche Befragungen von Führungskräften und Beschäftigten), qualitative (Expertengespräche sowie Intensivinterviews mit Führungskräften und Beschäftigten) und reflexive Methoden (Workshops mit Führungskräften und Beschäftigten). Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich insbesondere auf qualitative Interviews mit Angestellten in drei Betriebsfällen. Dabei handelt es sich um Betriebe aus den Bereichen Finanzdienstleistung, Konsumgüterelektronik sowie Telekommunikation. Hier wurden insgesamt knapp 100 Expertengespräche und Interviews mit Führungskräften und Beschäftigten durchgeführt und qualitativ ausgewertet.

Merkmale neuer Organisations- und Steuerungsformen

Ergebnisorientierung: In den Unternehmen findet gegenwärtig ein Paradigmenwechsel in der betrieblichen Leistungssteuerung statt. Ausgangspunkt der

betrieblichen Planung und Steuerung sind nun nicht mehr die vorhandenen Ressourcen oder der kalkulierte Aufwand, sondern abstrakte und dynamische

Ziel- bzw. Ergebnisvorgaben: Diese sind *abstrakt*, weil sie entlang des „theoretisch Möglichen“ und nicht des „praktisch Machbaren“ definiert werden. Basis sind pauschale Rendite- oder Absatzvorgaben, strategische Zielsetzungen (z.B. Marktführer, Neukundengewinnung etc.) und sehr häufig auch Vergleiche mit den Wettbewerbern (Benchmarks). Und sie sind *dynamisch*, weil in aller Regel in die Definition der Zielvorgaben eine Steigerungsrate eingebaut wird – es muss jedes Jahr besser, mehr, schneller werden. Ergebnisorientierung bedeutet, dass das Verhältnis von Aufwand und Ergebnis umgedreht wird: Das Ergebnis ist nun die unabhängige Variable, an die Aufwand, Ressourcen etc. flexibel angepasst werden müssen. Ergebnisorientierung bedeutet auch, dass die Organisation insgesamt und – durch das Herunterbrechen der Ziele und Ergebniserwartungen auf die einzelnen Einheiten – die Bereiche, Abteilungen, Teams und nicht zuletzt die Beschäftigten systematisch überfordert werden: zum einen, weil die Ziele „herausfordernd“ oder „sportlich“ sein sollen, zum anderen, weil die Aufwandsseite (Personalkapazität, Zeit, Motivation, Qualifikation etc.) zunächst keine Berücksichtigung findet, da die Abstimmung von (gegebenen) Anforderungen und (flexiblen) Ressourcen erst im zweiten Schritt erfolgt (vgl. dazu auch Kratzer 2003). Abstrakte und strategische Ergebnisvorgaben oder Ziele werden „von oben nach unten“ weitergereicht und auf jeder Ebene der Organisation in operative Ziele transformiert. Zu den Merkmalen der Ergebnisorientierung gehört aber auch der gegenläufige Prozess der ständigen Rückkoppelung des erreichten Standes „von unten nach oben“ durch immer intensivere (und extensivere) Controlling- und Reportingverfahren und -systeme.

Permanente Reorganisation: Ein zweites Merkmal ist die permanente Reorganisation der Unternehmen. Alle Unternehmensteile werden in immer kürzeren Abständen einer Bewertung unterzogen und gegebenenfalls neu strukturiert. Im Ergebnis befinden sich die Organisationen in ständiger Bewegung, werden oft jährlich restrukturiert und umgebaut. Unrentable Bereiche werden verkleinert, ausgelagert oder geschlossen, ganze Betriebe oder einzelne Betriebsteile werden ein- oder ausgegliedert, Abteilungen getrennt und neu zusammengesetzt, Geschäftsfelder, Bereiche und Verantwortlichkeiten neu definiert usw. Der Prozess der permanenten Reorganisation schafft nicht nur neue Coping-Anforderungen und oft auch Zusatzarbeit durch die

notwendige (Mit-)Arbeit am Reorganisationsprozess oder die Kompensation von knapperen Personalressourcen (nach Personalabbau oder der Zentralisierung von Funktionen) – permanente Reorganisation bedeutet auch Permanenz von Unsicherheit.

Gleichzeitigkeit von Selbststeuerung und Standardisierung der Arbeit: Das dritte Merkmal neuer Organisations- und Steuerungsformen ist die Gleichzeitigkeit von Selbststeuerung und Standardisierung als teils komplementäre, teils alternative, oft aber auch widersprüchliche Modi der Bewältigung organisationaler Überforderung auf der unmittelbaren Arbeitsebene. Teils aus Not (begrenzte Steuerbarkeit komplexer, flexibler und kontingenter Anforderungen), teils aus Tugend (Steigerung von Effizienz und Motivation durch die Gewährung von erweiterten Spielräumen) setzt der Modus der Selbststeuerung auf individuelle Freiräume und subjektiv erweiterte Ressourcen (allerdings auch Anforderungen) – zumindest so lange, wie das Ergebnis stimmt. Beim Modus der Standardisierung geht es dagegen vor allem um die Beschränkung von Spielräumen und die Reduktion der benötigten Ressourcen.

„Gleichzeitigkeit“ kann heißen, dass vorher integrierte Tätigkeiten verstärkt desintegriert und in ein „subjektivierte“ und ein „standardisiertes“ Tätigkeitsfeld differenziert werden, die dann unterschiedlich behandelt (z.B. das eine auf-, das andere abgewertet) und in der Folge auch mit unterschiedlichen Beschäftigten (z.B. Höherqualifizierte/Geringerqualifizierte) besetzt werden. Oder Beschäftigte sind gleichzeitig mit steigenden Selbststeuerungs- und Standardisierungsanforderungen konfrontiert. Und gerade hier heißt Gleichzeitigkeit oft auch Gegen-einander von Selbststeuerung und Standardisierung. Die Beschäftigten sind dann zum einen mit widersprüchlichen Anforderungen konfrontiert – etwa der Anforderung, Kunden möglichst individuell zu beraten und zugleich in immer stärker vorstrukturierter (und auch kontrollierter) Weise immer stärker standardisierte Produkte an den Mann oder die Frau bringen zu müssen. Zum anderen wird Selbststeuerung durch den Zwang zur Einhaltung standardisierter Abläufe, die Beschränkung der individuellen Spielräume durch Prozess- und Systemvorgaben und nicht zuletzt auch durch das als Kontrolle, mindestens aber als (arbeitsintensive) Zumutung empfundene Controlling konterkariert. Standardisierung ist – aus der Sicht des Unternehmens – eine Antwort auf die systematische Überforderung der Organisation *und* der Beschäftigten – aus der Sicht der Be-

schäftigten ist sie oft aber gerade Teil der Überforderung und Überlastung, weil die Bewältigung der Widersprüchlichkeiten und (prinzipiellen) Unvollständigkeiten der Standardisierung von Produkten, Prozessen und Mitteln eine zusätzliche und wachsende Anforderung darstellt.

Neue Organisations- und Steuerungsformen stellen besondere Herausforderungen an die Erklärung psychischer Belastungen. Sie beinhalten verschiedene Elemente, die jeweils für sich als Merkmale „guter“, gesundheits- und persönlichkeitsförderlicher Organisations- und Arbeitsbedingungen gelten: große Gestaltungsspielräume, ganzheitliche Aufgabenzuschneide, Mitsprache bei Arbeitsorganisation und Arbeitszeitgestaltung etc. Zugleich zeigt sich aber, dass Arbeit unter Bedingungen neuer Organisations- und Steuerungsformen nicht per se auch tatsächlich „gute“ Arbeit ist: Stress, Zeit- und Leistungsdruck etc. nehmen trotz der Verbreitung neuer Steuerungs- und Arbeitsformen zu (vgl. Pröll/Gude 2003; Kastner 2003; Ulich/Wülser 2005). Es spricht einiges dafür, dass sich im Rahmen neuer Organisations- und Steuerungsformen die Bedeutung und Wirkung von Autonomie, Partizipation, Ganzheitlichkeit, sozialer Unterstützung etc. wandelt:

Autonomie und Partizipation sind unter Bedingungen neuer, „indirekter“ Steuerungsformen u.U. nicht mehr nur Elemente „guter“ und „humaner“ Arbeit, sondern zugleich auch Instrumente der Selbstausschöpfung, Selbststratialisierung und Selbstgefährdung (vgl. auch Peters/Sauer 2005; Kratzer et al. 2008). Die systematische Überforderung der Organisation durch abstrakte und dynamische Ergebnis- bzw. Zielvorgaben ist der entscheidende Einflussfaktor für die individuelle (Selbst-)Überlastung und (Selbst-)Überforderung: Die Organisation löst ihr Überlastungsproblem nicht zuletzt dadurch, dass abstrakte und dynamische Zielvorgaben an die Beschäftigten „weitergereicht“ werden. Aus dem organisationellen wird ein individuelles Problem, das die Beschäftigten im Rahmen selbstgesteuerter Arbeit bewältigen müssen. Hinzu kommt, dass die permanente Reorganisation einen instabilen Handlungs- und Orientierungsrahmen schafft und die Standardisierung der Prozesse, Produkte und Instrumente kaum Entlastung bietet, sondern im Gegenteil eher als Einschränkung erlebt wird. Die Organisation konfrontiert die Beschäftigten nicht nur mit überfordernden Anforderungen, sondern wird selbst zur Belastung.

Neue Organisations- und Steuerungsformen als Herausforderungen für ein partizipatives Gesundheitsmanagement

Die neuen Steuerungs- und Organisationsformen bilden den veränderten organisatorischen Rahmen, in dem die subjektiven und gesundheitsförderlichen Potenziale „partizipativer“ oder „innovativer“ Formen der Arbeitsgestaltung in erweiterter Weise entfaltet werden können – oder zu entfalten sind: Indirekte Steuerung, Selbstorganisation und neue Autonomie sind aber keine selbstlaufenden „Wundermittel“ einer innovativen und flexiblen Organisation. Ob und wie Formen der indirekten Steuerung bzw. der partizipativen Arbeitsgestaltung von den Beschäftigten als Belastung erlebt werden und mit gesundheitlichen Gefährdungen einhergehen, hängt ganz entscheidend von den betrieblichen und überbetrieblichen Kontextbedingungen ab (vgl. etwa Richter 2004; Pröll/Gude 2003). Sie bedürfen somit der Gestaltung: Befunde aus Arbeitsforschung, Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie zeigen, dass diese Steuerungs- und Organisationsformen offenkundig die subjektiven und gesundheitsförderlichen Potenziale der neuen Autonomie nicht nur entfalten, sondern

auch gefährden können. Einschlägige Studien zeigen etwa, dass neue Steuerungsformen in Organisationen sowohl zu einem Anstieg der positiven Bewertungskriterien von Arbeit (etwa Arbeitsaufgaben, die die Weiterentwicklung von Kompetenzen ermöglichen) als auch der negativen Kriterien führen können, wie Zeit- und Leistungsdruck (z.B. Beiroth 2005), Gefährdung der sozialen Ressourcen im privat-familiären Bereich, chronische Störungen des Anspannungs-/Entspannungsrythmus, Beeinträchtigung sozialer Ressourcen im Arbeitsbereich oder auch Verlust von (gewohnten) Leistungsmaßstäben (Pröll/Gude 2003, S. 165). Neue Steuerungs- und Organisationsformen führen bei Mitarbeitern zu widersprüchlichen Arbeitsbedingungen. Einerseits bieten sie den Beschäftigten erweiterte Möglichkeiten zu selbstorganisiertem Handeln bei hohem Entscheidungsspielraum. Die Aufgaben werden als sinnvoll, anregend und ganzheitlich erlebt. Andererseits bestehen stark ausgeprägte psychische Fehlbelastungen, insbesondere aufgrund von Zeit- und

Leistungsdruck (Bollinger 2001; Brödner 2002; Gerlmaier 2004).

Aus den Ambivalenzen neuer Organisations- und Steuerungsformen resultiert ein gegenüber den ursprünglichen Ansätzen der partizipativen bzw. innovativen Arbeitsgestaltung **veränderter Gestaltungsauftrag**.

Bei indirekter Steuerung sind Organisation und Individuen unmittelbar aufeinander bezogen: So wie die Beschäftigten in weitergehender Weise die Organisation „verinnerlichen“, so wird die Organisation gleichzeitig „subjektiver“, unmittelbarer abhängig von individueller Flexibilität, Kreativität und Motivation. Die Trennung von verhältnisorientierten, d.h. primär auf die Organisation bezogenen, und verhaltensorientierten, d.h. vor allem am individuellen Verhalten ansetzenden Konzepten eines präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes macht angesichts einer neuen Verschränkung von Organisation und individuellem Verhalten kaum noch Sinn. Zugleich aber wird beim Blick auf die vorliegenden Befunde zu neuen Formen der Organisation und Steuerung von Arbeit deutlich, dass hier zwar verstärkt der Mensch in den Mittelpunkt gestellt wird, darüber hinaus aber der Gestaltung der betrieblichen und überbetrieblichen Kontextbedingungen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss (vgl. auch Ulich 2005).

Deshalb bedeutet Partizipatives Gesundheitsmanagement auch die Herstellung eines neuen Verhältnisses von Arbeitsgestaltung und Arbeitsschutz – und: von direkter und indirekter Partizipation. In der einen Richtung geht es um die Erweiterung des Partizipationsansatzes und -anspruchs in den Arbeits- und Gesundheitsschutz hinein. Im „partizipativen Management“ sind die Beschäftigten (Co-)Experten ihrer eigenen Arbeit – jetzt müssen sie auch Experten ihre eigene Gesundheit sein können. Und dies bedeutet eben die Gestaltung oder Unterstützung von Instrumenten, Verfahren und Institutionen der erweiterten direkten und indirekten Beteiligung von Beschäftigten am Arbeits- und Gesundheitsschutz. Umgekehrt, in der anderen Richtung geht es darum, dass Gesundheit, Schutz vor Gefährdung etc. selbst zu Steuerungsdimensionen eines partizipativen Managements werden. Die Fragestellungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (Schutz vor Gefährdung, Förderung von Wohlbefinden und Gesundheit, Nachhaltigkeit der Arbeitskraftverausgabung u.a.) werden zu Fragestellungen der Steuerung und Organisation von Arbeit. Die Schnittstelle beider Bewe-

gungsrichtungen ist das Partizipationssubjekt, d.h. in letzter Konsequenz das Individuum. Im partizipativen Gesundheitsmanagement werden idealerweise die Individuen zu institutionellen Akteuren des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und ihre individuellen Interessen zu institutionellen Dimensionen der Steuerung und Organisation von Arbeit. Partizipatives Gesundheitsmanagement bedeutet dann nicht nur ein neues Verhältnis von Arbeitsgestaltung und Arbeitsschutz, sondern auch ein neues Verhältnis von direkter und indirekter Partizipation. Über die indirekte Beteiligung über Mitbestimmungsorgane hinaus sollen Partizipationsmöglichkeiten geschaffen werden, die kollektivvertraglich abgesichert und durch die Kollektivorgane unterstützt werden, deren zentraler Akteur aber nun primär die Beschäftigten selber sind (vgl. auch Dörre 2001).

Der erweiterte Einbezug subjektiver Potenziale und lebensweltlicher Ressourcen bei selbstorganisierten und flexiblen Arbeitsformen im Rahmen indirekter Steuerung bringt die „ganze Person“ der Arbeitskraft und die gesamte Lebensführung ins Spiel (vgl. etwa Badura/Schellschmidt/Vetter 2004; Richter 2004; Kratzer 2003). Dadurch werden die traditionell begrenzten Zuständigkeiten der institutionellen Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (Betriebsärzte, Betriebsräte, Krankenkassen, lebensweltliche Beratungseinrichtungen etc.) zunehmend in Frage gestellt. Potenziale, aber auch Gefährdungen sind in komplexeren Faktorenkonstellationen zu sehen, neue Akteurskonstellationen sind quer zu etablierten Zuständigkeiten zu schaffen (vgl. Zukunftsfähige Arbeitsforschung 2005).

Als zwar weiterhin (fremd-)„organisierte“, aber auch autonome Akteure innerhalb des Arbeitsprozesses werden die Beschäftigten zu „Experten ihrer selbst“ – zunächst nur im Hinblick auf die Arbeitsausführung, perspektivisch müssten sie dies aber auch im Hinblick auf den Umgang mit der eigenen Gesundheit werden (vgl. etwa Kersting/Funk-Müldner/Sonntag 2005). Unter Bedingungen indirekter Steuerung sind die Beschäftigten mehr als bisher in betriebliche oder außerbetriebliche Maßnahmen als Akteure einzubeziehen. Damit werden die individuellen Interessen zu einem zentralen Ansatzpunkt von kollektiven Maßnahmen und Gestaltungsansätzen. Dies wirft aber wieder neue Schwierigkeiten auf: Individuen haben nicht „einfach“ ein Interesse an Gesundheit, sondern eine Vielzahl von Interessen, die sich widersprechen können. Der Wunsch nach beruflicher Erfüllung, Erwartungen an die Ar-

beitskollegen und Selbstansprüche an das eigene Arbeitshandeln aufgrund professioneller Normen und Vorstellungen von „guter Leistung“ können durchaus in Konflikt geraten mit dem Interesse an der nachhaltigen Sicherung der eigenen Leistungsfähigkeit und Gesundheit. Relevant ist, dass diese Widersprüche *in der Person* selbst auftreten. Sie lösen sich nicht einfach auf in polare gegensätzliche Interessen von Unternehmen einerseits – an einer möglichst weitgehenden und umfassenden Nutzung von Arbeitskraft – und Beschäftigten andererseits – an einem möglichst schonenden Umgang mit den eigenen Ressourcen. Das häufig anzutreffende Beispiel von Beschäftigten, die ausstempeln, um dann wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren,¹ macht zuge-spitzt deutlich, welche Schwierigkeiten man sich mit individuellen Interessen

¹ > Dass diese Verhaltensweise offensichtlich weitverbreitet ist, zeigen auch unsere Interviews mit Personalleitern und Betriebsräten im Rahmen des Projekts PARGEMA.

als Bezugspunkt ein-handelt: Personalabteilungen und Interessenvertretungen stehen vor dem Paradox, dass sie zugleich *im* Interesse von Beschäftigten und *gegen* deren Interessen auf der Einhaltung von gesetzlichen oder kollektivvertraglichen Regelungen bestehen muss(t)en. Die Beschäftigten haben einerseits ein Interesse an ihrer Arbeit, andererseits aber auch das Interesse an der Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden oder der Vereinbarkeit ihrer Arbeit mit lebensweltlichen Anforderungen und Bedürfnissen (vgl. dazu Kratzer 2003).

Formen Indirekter Steuerung sind Bestandteil prozessorientierter, auf permanente Veränderung ausgelegter Unternehmensstrukturen. Dadurch unterliegen auch Gestaltungsprobleme und Gestaltungsbedingungen einem permanenten Wandel. So wie Unternehmensstrukturen und Arbeit zunehmend als Prozess zu begreifen sind, so sind auch Gestaltungsansätze eines präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Kontext indirekter Steuerung prozessorientiert auszurichten (vgl. Sonntag 2005).

Führungskräften der untersten Ebene kommt eine Schlüsselstellung in einem modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz zu: Sie sind nicht nur leistungspolitisch, sondern auch gesundheitspolitisch die Schnittstelle zwischen „unten“ und „oben“. Allerdings finden sich die Führungskräfte selbst in einer hoch belasteten und prekären Position wieder: Paradoxe Weise geht ihre wachsende Bedeutung im Arbeits- und Gesundheitsschutz mit ihrer schleichenden „Entmachtung“ durch neue, indirekte Steuerungsformen einher. Durch die relative Machtlosigkeit gegenüber den von

ihnen nicht beeinflussbaren Rahmenbedingungen und angesichts scheinbar naturalisierter ökonomischer Sachzwänge werden sie mehr und mehr zu Verbündeten der Beschäftigten und – noch wichtiger – teilen zunehmend deren Arbeitsbedingungen und Belastungssituation. Auf der anderen Seite geraten sie nun nicht nur „von oben“, durch Kennzahlen und Zielvorgaben, unter Druck, sondern auch „von unten“ durch steigende Probleme der Beschäftigten und deren berechnete Erwartungen an Lösungen – und sie kommen quasi „von der Seite“ unter Druck, weil ihnen institutionell nicht nur die Bewältigung widersprüchlicher, sondern eben auch zusätzlicher Anforderungen zugemutet wird: Im Rahmen indirekter Steuerungsformen und dezentraler Organisationsstrukturen müssen bzw. sollen die Führungskräfte nun auch zunehmend Funktionen übernehmen, die die Organisation bislang bestimmten spezialisierten Institutionen zugewiesen hat, so z.B. Verhandlungen über Lohn und Leistung im Rahmen von variablen Vergütungssystemen, aber eben auch Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung. Führung als „Gewährleistungsbewertung am Humankapital“ wird im Rahmen indirekter Steuerungsformen gleichzeitig machtloser – und ermächtigt.

Die neuen Steuerungsformen sind nicht nur die Basis für neue Problemstellungen und Konfliktkonstellationen, sondern auch ein neuer Rahmen für deren Austragung, Bewegung, Bewältigung. Ein Beispiel: Neue Steuerungsformen zielen auf das Individuum als Objekt (erweiterte Potenziale des Arbeitsvermögens und lebensweltliche Ressourcen sollen aktiviert werden), aber eben auch als Subjekt der Steuerung (Selbst-Steuerung etc.). Dadurch werden „klassische“ Problemstellungen etwa der Leistungssteuerung oder des Arbeits- und Gesundheitsschutzes individualisiert: Arbeitsdruck ist individuelle Überforderung, deren Nicht-Bewältigung häufig als persönliches Versagen („schlecht organisiert“) interpretiert wird. Gesundheitliche Gefährdungen fallen – scheinbar – vor allem in die Verantwortung der Betroffenen. Damit artikulieren sich Gesundheitsfragen nicht mehr so einfach als kollektive Problemstellungen (falls das jemals einfach war), die stellvertretend von kollektiven Interessenvertretungsorganen thematisiert und ausgekämpft werden, sondern werden – wenn überhaupt – individuell getragen. Es besteht die Gefahr, dass Gesundheitsfragen unter Bedingungen neuer Steuerungsformen tabuisiert werden. Im Betrieb gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen offen zu kritisieren droht zugleich

als Eingeständnis interpretiert zu werden, den Leistungsanforderungen individuell nicht gewachsen zu sein. Verschärft wird dieses Problem dann, wenn die „betrieblichen Gesundheitskulturen“ so beschaffen sind, dass für die Problematisierung von Gesundheitsfragen und neuen Belastungsformen keine Thematisierungsräume und Umgangsweisen bestehen, so dass Krankheit organisational verleugnet wird (Kocyba/Voswinkel 2007). Dies mündet in die Frage nach

kollektiver Unterstützung und vor allem nach neuen Bewegungsformen von Interessen und Bedürfnissen im Betrieb. Über bisherige Ansätze hinauszugehen heißt deshalb vor allem, Thematisierungs- und Bewegungsformen zu entwickeln und zu unterstützen, das heißt Institutionen, Akteurskonstellationen und Prozesse zu schaffen, in denen die Widersprüche und Konflikte neuer Steuerungsformen artikuliert und ausgetragen werden können.

Literatur

- (Verbund) *Zukunftsfähige Arbeitsforschung* (Hrsg.) (2005): *Zukunftsfähige Arbeitsforschung – Arbeit neu denken, erforschen, gestalten; Veröffentlichung des Projektträgers Innovative Arbeitsgestaltung*, Bonn/Dresden.
- Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.) (2004): *Fehlzeiten-Report 2003 – Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance*, Berlin.
- Beiroth, A. (2005): *Gefährdungsbeurteilung in der Forschung und Entwicklung eines High-Tech-Unternehmens: Belastungen und Anforderungen in der Projektarbeit*. Diplomarbeit, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Bollinger, H. (2001): *Neue Formen der Arbeit – neue Formen des Gesundheitsschutzes: Das Beispiel Projektarbeit*. In: *WSI Mitteilungen*, Heft 3, S. 685-691.
- Brödner, P. (2002): *Flexibilität, Arbeitsbelastung und nachhaltige Arbeitsgestaltung*. In: P. Brödner/M. Knuth (Hrsg.): *Nachhaltige Arbeitsgestaltung. Trendreports zur Entwicklung und Nutzung von Humanressourcen*. München, S. 489-541.
- Dörre, K. (2001): *Partizipation im Arbeitsprozess- Alternative oder Ergänzung zur Mitbestimmung?* In: *Industrielle Beziehungen*, 8. Jg., Heft 4, 2001, S. 379-407.
- Dunkel, W./Kratzer, N. (2007): *Mehr Autonomie und mehr Druck – Die Beschäftigten müssen hier selbst aktiv werden*, in: *Gute Arbeit, Zeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung*, Heft 5/2007, S. 16-18.
- Gerlmaier, A. (2004): *Projektarbeit in der Wissensökonomie und ihre Auswirkungen auf die Work Life Balance*. In: M. Kastner (Hrsg.): *Die Zukunft der Work Life Balance*. Kröning, S. 282-304.
- Kastner, M. (2003): *Neue Selbständigkeit in Organisationen. Selbstbestimmung, Selbsttäuschung, Selbstausbeutung, Ergebnisbericht des NESTO-Projektes*; München/Mering.
- Kersting, J.-M./Funk-Müldner, K./Sonntag, K. (2005): *Das Projekt SERO: Veränderungen erfolgreich gestalten*, in: GfA (Hrsg.): *Personalmanagement und Arbeitsgestaltung*, Dortmund, S. 81-84.
- Kocyba, Hermann/Voswinkel, Stephan (2007): *Krankheitsverleugnung: Betriebliche Gesundheitskulturen und neue Arbeitsformen*. Frankfurt a. M.: Abschlussbericht für die Hans-Böckler-Stiftung.
- Kratzer, N. (2003): *Arbeitskraft in Entgrenzung. Grenzenlose Anforderungen, erweiterte Spielräume, begrenzte Ressourcen*, Berlin: edition sigma.
- Kratzer, N./Dunkel, W./Menz, W. (2008): *Von der ‚partizipativen Arbeitsgestaltung‘ zum ‚partizipativen Gesundheitsmanagement‘*, in: *Gesellschaft für Arbeitswissenschaft* (Ed.), *Produkt- und Produktions-Ergonomie – Aufgabe für Entwickler und Planer*, Bericht zum 54. Kongress der GfA, Dortmund: GfA-Press, S. 313-316.
- Peters, K./Sauer, D. (2005): *Indirekte Steuerung – eine neue Herrschaftsform. Zur revolutionären Qualität des gegenwärtigen Umbruchprozesses*, in: H. Wagner (Ed.), *‚Rentier‘ ich mich noch?* Neue Steuerungskonzepte im Betrieb, Hamburg: VSA, S. 23-58.
- Pröll, U./Gude, D. (2003): *Gesundheitliche Auswirkungen flexibler Arbeitsformen*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, FB 986, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Richter, P. (2004): *Gesundheitsförderung in Organisationen – arbeits- und organisationspsychologische Präventionsansätze*, in: Wegge, J./Schmidt, K.-H. (Hrsg.): *Förderung von Arbeitsmotivation und Gesundheit in Organisationen*, Göttingen u.a., S. 197-214.
- Sonntag, K. (2005): *Innovative Arbeitswissenschaft – Träger von Gesundheit und Leistung bei Veränderungen*, in: *Gesellschaft für Arbeitswissenschaft* (Hrsg.): *Personalmanagement und Arbeitsgestaltung*, Bericht zum 51. Kongress der GfA im Frühjahr 2005, Dortmund, S. 15-21.
- Ulich, E./Wülser, M. (2005): *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*, 2. aktualisierte Auflage, Wiesbaden: Gabler.
- Ulich, E. (2005): *Gesundheitsmanagement – Elemente einer Positionsbestimmung*, in: *Gesellschaft für Arbeitswissenschaft* (Hrsg.): *Personalmanagement und Arbeitsgestaltung*, Bericht zum 51. Kongress der GfA im Frühjahr 2005, Dortmund, S. 131-134.

>> Partizipation und Prävention durch sozialen Dialog

Partizipative Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch sozialen Dialog (PaPsD)

Zielvorgaben für einen partizipativen und präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz

Die Zielvorgaben für einen partizipativen Arbeits- und Gesundheitsschutz werden durch das PaPsD-Projekt aus internationalen Vereinbarungen abgeleitet, die in praktische Gestaltungskonzepte für die Betriebe zu übersetzen sind. An diesem Transfer will das Projekt PaPsD im Rahmen des Förderschwerpunktes „Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz“ mitwirken.

Eine Gestaltungsvorgabe wird durch die Vereinbarungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung formuliert. In der Ottawa Charta¹ der WHO heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“

Eine weitere Gestaltungsvorgabe wird durch die „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der europäischen Union“² formuliert, die auch durch eine Reihe namhafter bundesdeutscher Unternehmen unterzeichnet wurde und unterstützt wird. „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- ▶ Verbesserung der Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen
- ▶ Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- ▶ Stärkung der persönlichen Kompetenz.“

¹ > Internet-Server der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro in Europa (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German).

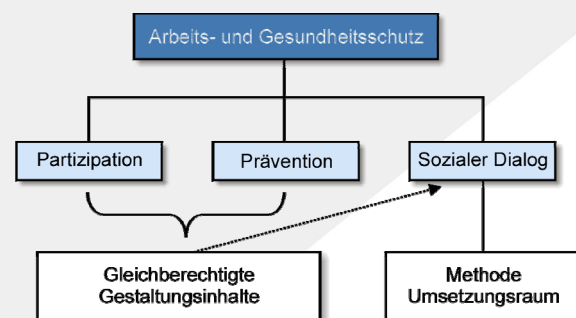
² > Internet-Server „Unternehmensnetzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der europäischen Union e.V.“ (<http://www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de/index.php?id=64>).

Übersicht der Projektinhalte

Partizipation und Prävention sind die relevanten Gestaltungsinhalte des PaPsD-Projektes; sie leiten sich aus den Zielvorgaben des PaPsD-Projektes ab und bilden die Determinanten, an denen die anderen Projektinhalte sich ausrichten.

Der Arbeits- und Gesundheitsschutz ist das Gestaltungsfeld, auf dem das PaPsD-Projekt arbeitet. Er wird nicht in seiner traditionellen Ausprägung aufgenommen, sondern auf dem aktuellen Stand der normativen Vorgaben und internationalen Vereinbarungen.

Der soziale Dialog ist das Gestaltungsinstrument. In ihm werden die Gestaltungsinhalte realisiert, partizipative Vorgehensmodelle entwickelt sowie präventive Interventionsansätze und -methoden erarbeitet. Zugleich bildet der soziale Dialog die Vorgehensweise des PaPsD-Projektes ab.



Schematische Darstellung der Projektinhalte

Partizipation als Ausgangspunkt, Gegenstand und Zielsetzung

Die Ottawa Charta der WHO begreift die Menschen, aus betrieblicher Perspektive die Beschäftigten, als Subjekte ihrer Lebens- bzw. Arbeitsbedingungen.³ Es wird anerkannt, dass sie eine eigenständige und eigenverantwortliche Rolle bei dem Erhalt und der Förderung ihrer Gesundheit haben. Im Gegensatz dazu befinden sich Beschäftigte in den Betrieben in der Regel als Objekte von Führungsverhalten, eingeordnet in Arbeitsabläufe und unter betriebliche Zielsetzungen subsumiert, auf die sie keinen Einfluss haben. Von daher ist es unzureichend, Formen der Partizipation in den Betrieben zu ermöglichen; die Beteiligung der Beschäftigten an der Gestaltung der Arbeitsbedingungen muss entwickelt werden.

³ >Vgl. Bamberg/Ducki/Metz: Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung, in Bamberg/Ducki/Metz: Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen 1998, S. 23.

Im Rahmen des PaPsD-Projektes wird Partizipation als Prozess verstanden, in dem sie Ausgangspunkt, Gegenstand und Zielsetzung ist:

- ▶ Die Beschäftigten kennen die die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit belastenden und förderlichen Faktoren in ihren Arbeitsbedingungen. Ihre Sichtweise der Arbeitsverhältnisse wird zum Ausgangspunkt der betrieblichen Gestaltung.
- ▶ Im sozialen Dialog werden die Beschäftigten nicht nur mitgenommen, ihre Befähigung zur aktiven Beteiligung wird selber zum Gegenstand des Prozesses (Ressourcenstärkung, nicht nur als „Gesundheitswissen“).
- ▶ Die Herstellung erweiterter Partizipationsfähigkeit ist eine Zielsetzung des Gesamtprozesses.

Prävention als Gestaltungsziel

Der Prävention wird seit Jahren ein hoher Stellenwert innerhalb des Gesundheitswesens eingeräumt. Als Beitrag zur Gesundheitsvorsorge der Beschäftigten wurde sie auch zu einem Bestandteil des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Sie leistet einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Stärkung des individuellen Wissens der Beschäftigten über mögliche Quellen von Gesundheitsrisiken in ihrem Verhalten. Allerdings herrscht in den überwiegenden Kreisen der Gesundheitsdiskussion immer noch ein reduziertes Präventionsverständnis vor, in dem Prävention einseitig als verhaltensorientierte Prävention verstanden wird.⁴ Die Zielsetzung des PaPsD-Projektes besteht in der Stärkung eines weitergehenden Präventionsansatzes, der neben verhaltens- auch verhältnisbezogene Präventionsmaßnahmen einbezieht. Es sollen Maßnahmen

⁴ >Rosenbrock/Gerlinger: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern 2006², S. 60.

zu einer betrieblichen Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklungskonzept entwickelt werden, in dem neben der Abwehr von krankmachenden verstärkt die Gestaltung von Gesundheit erhaltenden und fördernden Bedingungen in der Organisation der Arbeitsverhältnisse erarbeitet wird.

Vor diesem Hintergrund sollen im sozialen Dialog Maßnahmen auf unterschiedlichen Interventionsebenen entwickelt werden:

- ▶ korrektive Interventionen zur raschen Veränderung identifizierter Probleme
- ▶ präventive Interventionen, die identifizierte Probleme in die Gestaltung der Arbeitsbedingungen aufnehmen, um ihr Entstehen zukünftig zu verhindern
- ▶ prospektive Interventionen, die langfristige Maßnahmen zur Gesunderhaltung entwickeln.

Ganzheitliches Verständnis im Arbeits- und Gesundheitsschutz

Die Entwicklung und Wirksamkeit des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist eine Erfolgsgeschichte, die von der Senkung der Zahl der Arbeitsunfälle, der Verringerung von Gefährdungen und der Reduktion von Berufskrankheiten handelt. Allerdings

hat diese Entwicklung den Stand der gesetzlichen Grundlagen (z.B. Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz) und der internationalen Zielvorgaben noch nicht erreicht.



Übersicht der Gestaltungsfelder

Das PaPsD-Projekt arbeitet von daher mit einem Ansatz, der traditionelle sicherheitstechnische Fragestellungen und verhaltensorientierte Ansätze durch die Beachtung der Wechselwirkung zwischen Organisation, Qualifikation, Technik und Gesundheit erweitert. Zu diesem Zweck wurden neun Gestaltungsfelder herausgearbeitet, die zum Gegenstand der Partizipation und Prävention im sozialen Dialog

werden. Hierzu wurden die folgenden Leitsätze entwickelt, die einen Begriff von Gute Arbeit markieren.

Gute Qualität der Arbeit, Produktivität und Wohlbefinden bedeutet

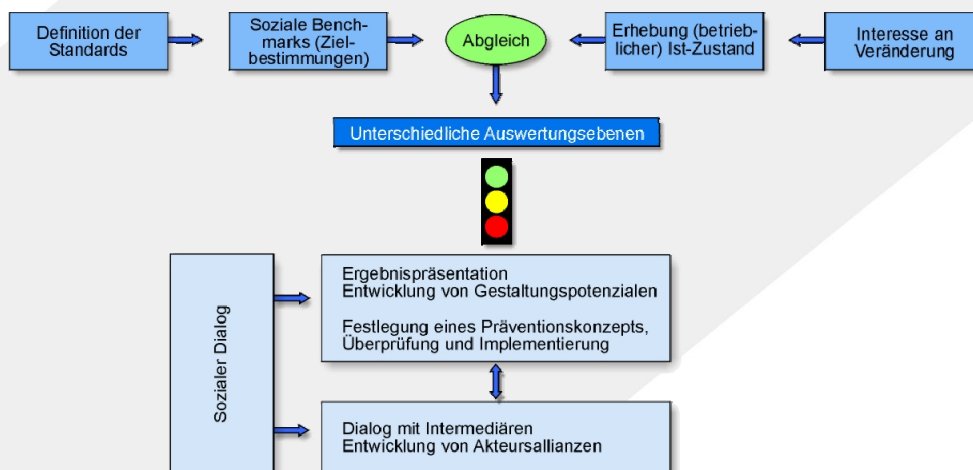
- ▶ ausführbare und schädigungsfreie Arbeit (Arbeitsplatz)
- ▶ Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten (Arbeitsorganisation)
- ▶ vertrauensvolle Kultur wechselseitiger Anerkennung und Wertschätzung (Unternehmenskultur)
- ▶ Sicherung der Beschäftigung durch innovative Unternehmensentwicklung (Unternehmensstrategie)
- ▶ Einhaltung und Förderung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (Arbeits- und Gesundheitsschutz)
- ▶ bedarfsgerechte Unterstützung der Beschäftigten durch die Führungskräfte (Führung)
- ▶ leistungsgerechte und transparente Entlohnung (Lohn und Leistung)
- ▶ qualifizierte Einarbeitung und Entwicklungsmöglichkeiten (Personalentwicklung)
- ▶ Gestaltung der Schnittstelle zum Kunden (Kundenorientierung).

Der Transferprozess: sozialer Dialog

Den Kernprozess des PaPsD-Projektes bildet der soziale Dialog. In ihm werden die Projekthalte und -ziele gebündelt, kommuniziert sowie Maßnahmenentwicklung methodisch angeleitet und Maßnahmen (Interventionen) erarbeitet.

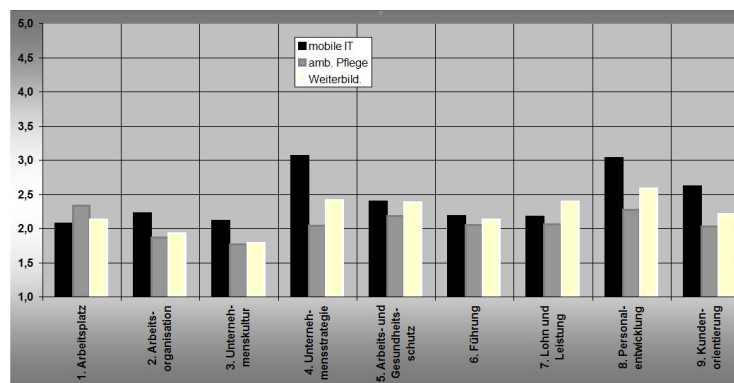
Der soziale Dialog gliedert sich in drei Handlungsschritte:

- ▶ das soziale Benchmarking
- ▶ den betrieblichen Dialog, mit Beteiligung aller betrieblichen Gruppen
- ▶ den überbetrieblichen Dialog, mit Beteiligung betrieblicher und überbetrieblicher Akteure.



Schematische Skizze des sozialen Dialogs

Im sozialen Benchmarking werden die Information des Betriebs über Projekthinhalte und -ziele, Verabredungen von Zielvereinbarungen und weitere organisatorische Maßnahmen zur Vorbereitung vorgenommen. Im Mittelpunkt dieses Arbeitsschrittes steht die Durchführung einer Erhebung mit Hilfe eines „elektronischen Erhebungsbogens“ über das Internet. Der Erhebungsbogen besteht aus ca. 80 Aussagen zu gesundheitsrelevanten Themen, die aus den angezeigten Leitsätzen bzw. Gestaltungsfeldern entnommen wurden. Die Ergebnisse der Erhebung spiegeln die Sicht der Beschäftigten auf die Situation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in dem Betrieb. Der betriebliche Dialog beginnt mit der Präsentation der Erhebungsergebnisse gegenüber dem Betrieb, die durchaus in mehreren Etappen erfolgen kann. Das vorrangige Ziel der Präsentation besteht nicht in der Kenntnisnahme, sondern in der Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Negative oder positive Ergebnisse werden sowohl innerhalb der Belegschaft als auch von bestimmten betrieblichen Gruppen



Beispiel für eine erste Ergebnismeldung an den Betrieb

(Führungskräfte, Arbeitsschutzbeauftragte, gesetzliche Interessenvertretung) sehr unterschiedlich aufgenommen und begründet. Hierdurch werden die statistisch berechneten Ergebnisse nicht nur wieder auf die persönliche Meinungsbildung zurückgeführt, es ergibt sich auch eine Vielzahl von Informationen zu betrieblichen Sachzusammenhängen, Informationsabläufen usw., die aus dem statistischen Material als solchem nicht hervorgehen.

Auf dieser Grundlage eröffnet der betriebliche Dialog die Möglichkeit, positive Ergebnisse aus der Beurteilung der Beschäftigten herauszuarbeiten und die Identifikation der Beschäftigten zu erhöhen. Andererseits ergibt sich die Option, problematische oder mangelhafte Gestaltungsthemen innerhalb des Betriebes zu identifizieren und in den Gesamtzusammenhang des Betriebes einzuordnen. Die weiteren Aufgaben des betrieblichen Dialogs bestehen darin, die Gestaltungsthemen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz innerhalb des Betriebes zu identifizieren und erforderliche Interventionen zu planen.

Erste Erfolge

Das PaPsD-Projekt ist zur Zeit in elf Betrieben in den drei Branchen: ambulante Pflege, berufliche Weiterbildung und mobile Fachkräfte in der Informationstechnologie aktiv. Der Arbeitsstatus in den einzelnen Betrieben ist unterschiedlich. Wir können erste Erfolge aus dem betrieblichen Dialog in den Betrieben mitteilen. Beispiele:

- ▶ In einem Pflegedienst wurde aus dem Dialog mit den Beschäftigten als unmittelbare Sofortmaßnahme von der Geschäftsleitung beschlossen, zwei zusätzliche Teilzeitbeschäftigte einzustellen, um die Belastung an Wochenenden zu reduzieren.
- ▶ Ein anderer Betrieb hat damit angefangen, sich unter dem Oberthema der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie der Frage der Pausengestaltung zuzuwenden.

- ▶ Mehrere Betriebe haben sich mit den Beschäftigten darüber verständigt, eine Supervision zur Bewältigung psychischer Belastungen als Sofortmaßnahme zu gestalten, das Thema aber auch auf der Ebene der Organisationsentwicklung weiter zu verfolgen.
- ▶ Ein anderer Betrieb hat inzwischen damit begonnen, auf Grundlage der Erhebungsergebnisse und des sozialen Dialogs die Gefährdungsbeurteilung nach § 5 Arbeitsschutzgesetz neu auszugestalten.
- ▶ Ein Unternehmen hat inzwischen für 2009 den Beschluss gefasst, alle betrieblichen Abläufe zu reorganisieren, mit dem Ziel, die Arbeitsbedingungen altersgerecht auszugestalten.

Überbetrieblicher Dialog

Neben der Entwicklung des sozialen Dialogs hat das PaPsD-Projekt die Aufgabe, neue Akteursallianzen mit Intermediären (Arbeitgeberverbänden, Berufsgenossenschaften, Gewerkschaften usw.) zu entwickeln. Auch hierzu gibt es erste Erfolge zu berichten. Im Bereich der ambulanten Pflege wurde in Rheinland-Pfalz ein projektbegleitender Beirat gebildet, der aus den für diese Branche relevanten Intermediären besteht. Der Beirat hat in Zusammenarbeit mit dem PaPsD-Projekt selber Aktivitäten entfaltet. Da viele Einrichtungen der ambulanten Pflege auf Grund

ihrer Größe nur schwer auf Themen wie altersgerechte Arbeitsgestaltung und psychische Belastungen reagieren können, werden inzwischen Beratungsangebote und Handlungsmöglichkeiten auf überbetrieblicher Ebene entwickelt. Der Beirat hat dazu eine gemeinsame Veröffentlichung herausgegeben: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (Hrsg.): Altersgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege – Bestandsaufnahme und Ausblick. Berichte aus der Pflege, Nr. 10. Mainz 2008.

>> Neue Wege im betrieblichen Gesundheitsmanagement – Das Projekt PARGEMA

Einleitung¹

Innerhalb weniger Jahre haben viele Unternehmen ihre Organisationsstrukturen komplett umgestellt. Ob

¹ > Dieser Text ist erschienen in: Lothar Schröder/Hans-Jürgen Urban (Hrsg.): Gute Arbeit. Handlungsfelder für Betriebe, Politik und Gewerkschaften. Ausgabe 2009. Frankfurt a. M.: Bund Verlag, S. 326-336.

dabei Arbeitsplätze abgebaut wurden oder neue Anforderungen hinzugekommen sind: In aller Regel ist die Arbeit nicht weniger geworden, so dass heute oft weniger Leute das Gleiche oder sogar mehr als früher leisten. Für diese Steigerung von Produktivität und Leistung sind neben längeren Arbeitszeiten auch neue Organisations- und Steuerungsformen verantwortlich. Die „permanente Reorganisation“ der Unternehmen (Kratzer 2003) schafft nicht nur ein Klima der Verunsicherung und Angst, das längst auch Hochqualifizierte nicht mehr kalt lässt. Der häufig damit verbundene Personalabbau verringert auch die vorhandenen Kapazitäten und zugleich entsteht viel (Zusatz-)Arbeit: Zum eigentlichen Job kommt die Integration von Systemen, Techniken, KollegInnen, Kulturen etc. dazu. Auf der anderen Seite werden bei Gruppen- oder Projektarbeit, bei Zielvereinbarungen oder bei vorgegebenen Kennzahlen oder Ergebniszielen die Beschäftigten heute weitaus stärker für das Ergebnis ihrer Arbeit verantwortlich gemacht als früher. Gesteuert wird dabei oft nicht mehr direkt, also durch Anweisung von Vorgesetzten, sondern indirekt, eben durch Kennzahlen oder Vorgaben, aber auch durch die Personalbemessung, die Arbeitszeitorganisation usw.

Dies hat Folgen: Während physische Belastungen immer noch (und wieder) ein Thema sind, nehmen vor allem psychische und soziale Belastungen massiv zu. Der steigende Arbeits- und Zeitdruck, zunehmende Überlastung und Überforderung sowie längere Arbeitszeiten und ein höherer Anteil von als problematisch empfundenen Arbeitszeiten sind mittlerweile gut belegt (Lenhardt/Priester 2005; Ahlers/Brussig 2004; Latniak/Gerlmaier 2006; Groß/Schwarz 2006; Fuchs 2006). Diese Entwicklung schlägt sich auch in der Entwicklung arbeitsbedingter Erkrankungen nieder: Der Anteil von psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen an den Arbeitsunfähigkeitstagen stieg zwischen 2001 und 2005 von 5,3 auf 10,5 % (vgl. BAuA 2007).

Klar ist, dass daraus neue bzw. steigende Anforderungen an den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz resultieren. Dessen entsprechende

Weiterentwicklung weist aber immer noch Defizite auf:

- ▶ Mit dem Arbeitsschutzgesetz besteht die gesetzliche Grundlage für einen präventiv ausgerichteten Arbeits- und Gesundheitsschutz. Die Betriebe sind nach dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet, regelmäßig *alle* Belastungsquellen und damit auch mögliche Ursachen psychischer Belastungen zu analysieren, und sie müssen entsprechende Gegenmaßnahmen einleiten und deren Wirksamkeit überprüfen. Die Praxis sieht aber oft anders aus: Nach den letzten verfügbaren Zahlen hat bislang nur eine Minderheit der Betriebe eine adäquate Gefährdungsanalyse durchgeführt (vgl. Ahlers/Brussig 2004). Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen von teils massivem Widerstand der Betriebe bis etwa zu unzureichenden Kompetenzen der betrieblichen Akteure.
- ▶ Psychische Belastungen erfahren zwar – nicht zuletzt durch Projekte wie „Gute Arbeit“ (IG Metall) und „Faire Arbeit“ (ver.di) oder durch Veröffentlichungen der Krankenkassen (vgl. etwa DAK 2007) oder die breite Thematisierung des Burnout-Phänomens (vgl. dazu Schaufeli/Enzmann 1998; Burisch 2005) – eine zunehmende Aufmerksamkeit. Psychische Belastungen sind nichtsdestotrotz für viele Akteure im Betrieb ein schwieriges Thema: Wie sich Stress, Arbeitsdruck, Unsicherheit etc. auswirken, ist oft nicht wirklich klar und kann individuell sehr unterschiedlich sein; wer sich zu psychischen Folgen von Belastungen bekennt, gilt schnell als „leistungsschwach“ oder „nicht belastbar“ usw.
- ▶ Betriebsräte haben über Arbeitsschutz- und Betriebsverfassungsgesetz keine schlechten Möglichkeiten der Einflussnahme (etwa durch die Mitbestimmung der Arbeitszeitregulierung). Aber Fragen von Arbeitsbelastungen, Gesundheit und Wohlbefinden bei der Arbeit sind – zumal in den Angestelltenbereichen – oft keine „vertrauten“ Themen. Oder sie erscheinen angesichts anderer Fragen (Standort-, Beschäftigungs- oder Einkommenssicherung) als weniger drängend oder sogar als „Luxusprobleme“. Zudem geraten die Betriebsräte häufig in die schwierige Rolle, Beschäftigte „vor sich selbst“ schützen zu wollen (etwa indem sie auf die Einhaltung von Arbeitszeiten pochen oder die Zustimmung zu Überstunden

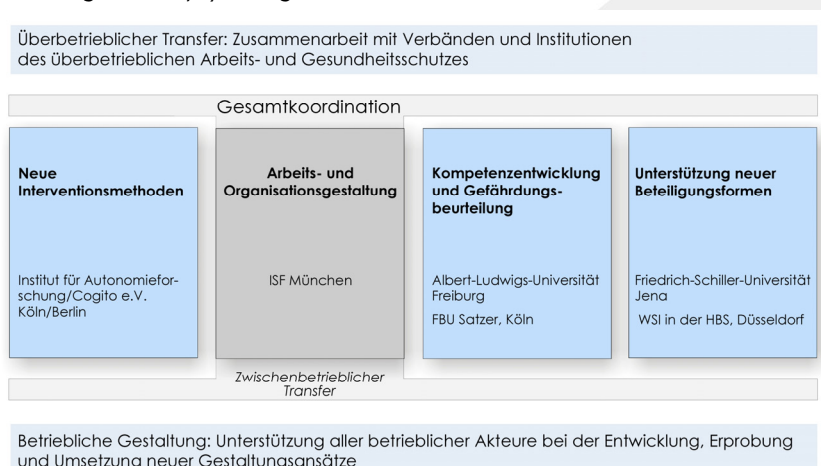
verweigern) – und geraten so in Konflikt nicht nur mit der Unternehmensleitung, sondern auch mit den Beschäftigten selber, die sich angesichts hoher Arbeits- und Leistungsanforderungen, u.U. aber auch aus einer hohen Eigenmotivation heraus gewissermaßen „selbst“ gefährden.

An dieser Konstellation aus steigenden Anforderungen und (insbesondere psychischen) Belastungen einerseits und den Umsetzungsproblemen eines darauf ausgerichteten Arbeits- und Gesundheitsschutzes andererseits setzt das Projekt PARGEMA an.

Das Projekt PARGEMA: Verbundpartner und Ziele

PARGEMA wird seit Juni 2006 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (Projekträger DLR/Förderschwerpunkt: Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz) und endet im November 2009. Die sechs Verbundpartner bringen Kompetenzen und Erfahrungen aus den Bereichen Arbeits- und Organisationsentwicklung, Arbeitspsychologie (Ganz-

heitliche Gefährdungsbeurteilung und Kompetenzentwicklung), neue „reflexive“ Interventionsmethoden (im Kontext „Indirekter Steuerung“) sowie Partizipation in den Verbund ein. Der Verbund kooperiert darüber hinaus mit den Projekten bzw. Fachabteilungen „Gute Arbeit“ (IG Metall) und „Faire Arbeit“ (Ver.di).



Die Ziele von PARGEMA auf der betrieblichen Ebene

1) **Besseres Verständnis** für die Problemstellungen im Zusammenhang mit neuen Organisations- und Steuerungsformen. „Verständnis“ fassen wir dabei ganz bewusst breit: Es geht einerseits um ein besseres *wissenschaftliches* Verständnis der Zusammenhänge zwischen neuen Organisations- und Steuerungsformen und physischen sowie sozio-psychischen Belastungen und Beanspruchungen. Andererseits geht es aber auch um ein besseres *praktisches* Verständnis solcher Zusammenhänge im Betrieb. Bei dieser zweiten Bedeutung von „Verständnis“ geht es uns vor allem um die Sensibilisierung aller Akteure und um Möglichkeiten der Thematisierung

von Fragen der Gesundheit und des Wohlbefindens im Betrieb.

2) **Unterstützung betrieblicher Projekte:** Der Projektverbund PARGEMA unterstützt durch seine wissenschaftlichen (Analyse, Moderation u.a.) und praktischen Kompetenzen (Beratung, Begleitung von Gefährdungsbeurteilungen u.a.) betriebliche Projekte, die sich aus der Perspektive des Arbeits- und Gesundheitsschutzes mit den veränderten betrieblichen Rahmenbedingungen sowie Arbeits- und Leistungsbedingungen auseinandersetzen. Im Zentrum der Unterstützung stehen zwei Ziele: Zum einen sollen Belastungen möglichst frühzeitig (und regel-

mäßig) identifiziert und behoben werden („Prävention“). Zum anderen sollen die Beschäftigten als Experten ihrer eigenen Gesundheit möglichst unmittelbar am betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz beteiligt werden („Partizipation“). Präventiver Arbeits-

und Gesundheitsschutz ist Aufgabe der Unternehmen, aber gerade angesichts neuer Steuerungsformen gelingt diese Aufgabe ohne die systematische Beteiligung der Beschäftigten nicht.

Die Ziele von PARGEMA auf der überbetrieblichen Ebene

In Betrieben werden Arbeits- und Leistungsanforderungen definiert, hier wird gearbeitet und auch gelebt, hier werden Belastungen erlebt und auch erlitten und hier sind auch die wichtigsten Institutionen für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz aufgestellt. Aber Betriebe existieren nicht unabhängig von ihrer Umwelt. Dies gilt im Hinblick auf die Märkte und Marktanforderungen, dies gilt genauso aber auch im Hinblick auf andere Institutionen (beispielsweise der sozialen Sicherung oder des Bildungssystems) und auf gesellschaftliche Entwicklungstendenzen generell. Deshalb ist es wichtig, Fragestellungen und Ansätze nicht nur so weit wie möglich zu generalisieren und für den Transfer in andere Betriebe aufzubereiten. Neben der Um- und Durchsetzung eines präventiv auf alle Belastungs-

formen ausgerichteten Arbeits- und Gesundheitsschutzes geht es schließlich auch um ein Umdenken: Gerade psychische Belastungen und ihre Folgen werden gerne individualisiert und häufig auch tabuisiert. Das Umdenken hin zu einem Verständnis psychischer Belastungen als einer zu bekämpfenden negativen Begleiterscheinung neuer Steuerungsformen – wenn man so will: „moderner“ Arbeit – setzt nicht nur an betrieblichen, sondern auch an öffentlichen Diskursen an. Deshalb besteht ein weiteres Ziel von PARGEMA in gezielten Inputs für fachöffentliche und eben auch öffentliche Diskurse: Veröffentlichungen, Vorträge, Poster, Vernetzung und allgemeinere Öffentlichkeitsarbeit gehören daher ebenso zu den Ziel- und Aufgabenstellungen von PARGEMA.

PARGEMA in den Betrieben – Fallbeispiele

In den Fallbetrieben geht es vor allem darum, exemplarisch die Zusammenhänge zwischen neuen Organisations- und Steuerungsformen und physischen sowie psychischen Belastungen zu analysieren und die betrieblichen Akteure bei darauf bezogenen Maßnahmen und Gestaltungsansätzen zu unterstützen. PARGEMA ist, mit teils unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen, in insgesamt acht Fallbetrieben tätig. Die Fallbetriebe unterscheiden sich zum einen hinsichtlich der jeweiligen Problemstellungen: Die Folgen veränderter betrieblicher Rahmenbedingungen (Neue Steuerungsformen, steigender Marktdruck, anhaltende Restrukturierung) werden einer-

seits in „Produktionsbetrieben“ und andererseits in „Angestelltenbetrieben“ aus verschiedenen Sektoren (Dienstleistungen, Industrie) untersucht und bearbeitet. Unterschiede bestehen auch im Ablauf der Projektarbeiten bzw. der Kooperation mit den betrieblichen Akteuren. PARGEMA trifft in den Betrieben auf unterschiedliche Strukturen und Entwicklungstendenzen und eine jeweils ganz eigene Vorgeschichte im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Im Folgenden werden anhand von drei Fallbetrieben beispielhaft Ansatz und Vorgehen von PARGEMA skizziert. Die Fallbeispiele werden, wie mit den Betrieben vereinbart, anonymisiert dargestellt.

Fallbeispiel „Konsumelektronik“

Der Fallbetrieb: Der Fallbetrieb ist ein Vertriebsstandort eines großen internationalen Konzerns (mit ausländischer Zentrale). Im Fallbetrieb arbeiten rund 250 Beschäftigte, überwiegend Angestellte mit mittleren oder höheren kaufmännischen Berufsabschlüs-

sen. Die Tätigkeitsschwerpunkte sind: Marketing, Vertrieb (Außendienst), Vertriebsunterstützung und Auftragsbearbeitung. Leistungssteuerung im Fallbetrieb bedeutet: Von der Konzernzentrale werden per Businessplan monatliche Absatzziele vorgegeben, die die

Außendienstmitarbeiter, die einzelnen Bereiche, aber auch die Organisation insgesamt erreichen sollten. „Was zählt, sind die Zahlen“ – und wenn die Zahlen nicht erreicht werden, „bricht Hektik aus“.

Vorgeschichte: Vor dem Hintergrund sich häufender Klagen über überlastende Arbeitsbedingungen erarbeitete der Betriebsrat im Jahr 2000 einen ersten Entwurf für eine Betriebsvereinbarung zum Gesundheitsschutz, die u.a. eine Gefährdungsbeurteilung (psychischer Belastung) beinhaltet. Die „Betriebsvereinbarung über Regelungen zum Gesundheitsschutz“ wurde 2003 – nach Drohung mit der Einigungsstelle – unterzeichnet. In der Folgezeit wurden die Aktivitäten zum Gesundheitsschutz durch Auseinandersetzungen zur Umstrukturierung des Standorts (die auch Personalabbau einschloss) zeitweise überlagert. Im Jahr 2004 wurde dann ein Dienstleister beauftragt, eine Tätigkeits- und Arbeitsplatzanalyse durchzuführen, 2005 wurde bei einem anderen Dienstleister eine Gefährdungsbeurteilung in Auftrag gegeben. Die Gefährdungsbeurteilung wurde zuerst in zwei Pilotabteilungen durchgeführt und dann 2006 auf alle Beschäftigte ausgeweitet (Online-Befragung mit einem SALSA-Fragebogen). Mit dem Ergebnis dieser Gefährdungsanalyse waren jedoch weder Personalleitung noch Betriebsrat zufrieden, so dass die Zusammenarbeit mit dem externen Dienstleister im Jahr 2006 beendet wurde.

PARGEMA im Fallbetrieb „Konsumelektronik“: Mit der im Juli 2007 beschlossenen Kooperation mit PARGEMA sollten die Aktivitäten zur Umsetzung der Betriebsvereinbarung (BV) zum Gesundheitsschutz wieder aufgenommen werden. Nach einer Bestandsaufnahme und intensiven Diskussionen zwischen PARGEMA und den betrieblichen Akteuren stehen für PARGEMA zwei Ziele im Vordergrund:

- ▶ intensivere Auseinandersetzung aller Akteure mit den Bedingungen und Wirkungen indirekter Steuerung als Grundlage für ein besseres Verständnis der Arbeits- und Belastungssituation im Fallbetrieb;
- ▶ Unterstützung der betrieblichen Akteure bei der Erarbeitung und Umsetzung eines mittel- bis

langfristig angelegten Konzepts zur Verbesserung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Einzelmaßnahmen dabei sollten sein: Vorbereitung und Durchführung einer verbesserten Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen; Einbeziehung *aller* Betroffenen, also auch (und anders als zuvor) der Führungskräfte und Außendienstmitarbeiter; bessere Kommunikation des Gesundheitsthemas im Betrieb.

Projektverlauf: Die Projektarbeiten haben bislang drei Phasen durchlaufen. Die erste Phase umfasste vor allem eine Bestandsaufnahme durch Interviews mit betrieblichen Experten (Personalleitung, Betriebsrat, Betriebsärztlicher Dienst) sowie mit einzelnen Führungskräften und Beschäftigten. Ergebnis dieser Phase ist eine ausführliche Präsentation, die neben den Ergebnissen der Bestandsaufnahme auch Vorschläge für die weitere (Zusammen-)Arbeit beinhaltet. Die zweite Phase diente der Verständigung und Abstimmung innerhalb des betrieblichen Projektteams (Personalleitung, Betriebsrat, Vertreter von PARGEMA). Schwerpunkte hier waren eine Diskussionsrunde mit Personalleitung und Betriebsrat sowie ein Betriebsräte-Workshop zum Thema „Indirekte Steuerung“. Ergebnis dieser Phase ist ein abgestimmtes Konzeptpapier, das verschiedene Aktivitäten zur Umsetzung der BV beschreibt. In der gegenwärtig laufenden dritte Phase (Stand: August 2008) geht es nun um die schrittweise Umsetzung der Einzelaktivitäten: Die erste konkrete Maßnahme wird eine Informationsveranstaltung für Führungskräfte sein, die im Oktober 2008 stattfinden wird. Das wichtigste Ziel dieser Veranstaltung besteht darin, Führungskräfte für die Thematik „psychischer Belastungen“ (unter Bedingungen indirekter Steuerung) zu sensibilisieren. Für PARGEMA soll daraus ein erprobtes Präsentationskonzept gewonnen werden, das sich in solchen Betrieben anwenden lässt, in denen Kennzahlensteuerung und Erfolgsorientierung wesentliche Steuerungsprinzipien sind.

Fallbeispiel „Kommunikationstechnik“

Der Fallbetrieb: Bei dem Fallbetrieb handelt es sich um einen Standort eines international tätigen Unternehmens mit Sitz im Ausland. Das Unternehmen ist in der jetzigen Form das Ergebnis der Zusammenführung vergleichbarer Geschäftsbereiche zweier großer Konzerne. Im Fallbetrieb arbeiten derzeit

noch rund 1.500 Beschäftigte. PARGEMA befasst sich hier insbesondere mit den Arbeitsbereichen Einkauf und (interne) IT.

Vorgeschichte: Die Bildung eines neuen Unternehmens aus zwei Konzernbereichen ist der (vorläufig) letzte Schritt eines seit Jahren andauernden

Umstrukturierungsprozesses, der immer wieder auch mit Personalabbau verbunden war. Gegenwärtig gilt noch eine Beschäftigungsgarantie, aber das Unternehmen hat bereits angekündigt, weiter Personal abbauen zu wollen. Die Zukunft des Standortes gilt insgesamt als nicht gesichert: Die Spekulationen reichen von einer relativ optimistischen Perspektive bis zum Szenario der Standort-Schließung. Neben Unsicherheit ist Überlastung der zweite zentrale Belastungsfaktor. Diese ist einerseits Ergebnis steigender Anforderungen (u.a. erzeugt ja auch die Integration zweier Unternehmen erhebliche Zusatzarbeit) und andererseits von zu knappen Ressourcen: Reorganisation und Personalabbau der Vergangenheit machen sich hier negativ bemerkbar.

PARGEMA im Fallbetrieb „Kommunikationstechnik“: Die Gesundheitsschutzexpertin des Betriebsrats wandte sich 2007 an PARGEMA mit der Bitte um Unterstützung. Aus ihrer Sicht ist es dringend erforderlich, sich mit den psychischen Belastungen durch Überlastung, vor allem aber auch Unsicherheit auseinanderzusetzen. Mit der Hilfe eines Unterstützerkreises aus Betriebsleitung, Sozialberatung, Betriebsärztlichem Dienst sowie Schwerbehindertenbeauftragter gelang es in der Folge, gemeinsam mit PARGEMA ein Pilotprojekt zu starten. Ausgehend von einem exemplarischen Ansatz (deshalb auch „Pilotprojekt“) soll eine möglichst breite Auseinandersetzung mit den Belastungen durch die gegenwärtige Arbeits- und Beschäftigungssituation erreicht werden. Im Kern geht es darum, die „sozialen und psychischen Kosten“ solcher tiefgreifenden Reorganisationsprozesse zu analysieren, zu verdeutlichen und schließlich so weit möglich auch zu bearbeiten. Im Rahmen dieses Pilotprojekts will PARGEMA insbesondere:

- ▶ die Sichtweise der Betroffenen erfassen und ansatzweise auch gegenüber dem Management repräsentieren („Sprachrohrfunktion“);
- ▶ ein exemplarisches Profil der gegenwärtigen Arbeitsanforderungen und Gesundheitsbedingungen erarbeiten und
- ▶ darauf aufbauend die wichtigsten Gestaltungsfelder benennen und alle Beteiligten bei der Entwicklung von Maßnahmen unterstützen.

Die Beschäftigten sollen nicht nur *in* die Analyse selbst einbezogen werden, sondern auch *über die* Analyse in Fragen des Gesundheitsschutzes. Die Projektarbeiten konzentrieren sich zunächst vor allem auf die Arbeitsbereiche „Interne IT“ und Einkauf, da

beide Arbeitsbereiche als besonders (negativ) von der bisherigen Entwicklung und gegenwärtigen Situation betroffen eingeschätzt wurden.

Projektverlauf: Der offizielle Startschuss für das Pilotprojekt fiel im November 2007 mit der Kick-off-Sitzung des Lenkungsausschusses. Daran schloss sich im Dezember 2007 zunächst eine erste Bestandsaufnahme über Expertengespräche an. Den Kern der bisherigen Projektarbeiten bildeten quantitative und qualitative Analysen der Arbeitsbedingungen, der Belastungssituation, der Wahrnehmung von Unsicherheit u.a. in den ausgewählten Abteilungen. Die quantitative Analyse erfolgte über einen arbeitspsychologischen Fragebogen zu „Arbeitsorganisation und Befinden“ (im Rahmen von PARGEMA entwickelt und durchgeführt von der Universität Freiburg). Im Mittelpunkt der qualitativen Analyse standen Intensivinterviews mit Beschäftigten, die natürlich, genauso wie die Teilnahme an der Befragung, freiwillig waren. Die Analysearbeiten wurden im Februar 2008 begonnen und im Juni 2008 abgeschlossen. Dem Ansatz von PARGEMA entsprechend waren die Analysearbeiten eingebettet in insgesamt drei Veranstaltungen: Vor Beginn der Analyse wurde das Projekt vorgestellt und mit den Beschäftigten diskutiert. Nach der Auswertung der Ergebnisse wurden die wichtigsten Ergebnisse im Rahmen einer Feedback-Veranstaltung präsentiert und diskutiert. Insgesamt wurden fünf Expertengespräche und acht Intensivinterviews mit Beschäftigten durchgeführt: Von den rund 45 verteilten Fragebogen wurden 31 ausgefüllt (Rücklaufquote: 66 %). Die Ergebnisse sind in einem ausführlichen Bericht (sowie in einer Kurzfassung) zusammengefasst und dienen jetzt als Grundlage für die weitere Maßnahmenentwicklung.

Die wohl wichtigste Maßnahme ist die Vorbereitung einer ganzheitlichen Gefährdungsanalyse am Standort. Dieses Vorhaben wird von PARGEMA in zweifacher Weise unterstützt: Die Bereitstellung, Kommunikation und Diskussion der Analyseergebnisse ist ein Beitrag zur *Durchsetzung* einer Gefährdungsanalyse; die bisherigen Ergebnisse sowie die im Verbund vorhandene Fachkompetenz sind ein Beitrag zur *Umsetzung* einer Gefährdungsanalyse, die sich aus PARGEMA-Perspektive einerseits speziell auch mit der Wahrnehmung und Wirkung von Unsicherheit und den sozio-psychischen Kosten tiefgreifender Reorganisationsprozesse befassen und andererseits die Beschäftigten explizit einbeziehen und ihnen eine Plattform für die eigenen Bewältigungsformen bieten sollte.

Fallbeispiel „Kontaktteile“

Der Fallbetrieb: Der Fallbetrieb ist ein mittelständisches Unternehmen der metallverarbeitenden Industrie. Es stellt Kontaktteile verschiedener Art her, die in Produkten vor allem der Automobil- und der Computerindustrie zum Einsatz kommen. Kennzeichnend ist eine hoch standardisierte Massenproduktion verbunden mit einer hohen Fertigungstiefe und der Kombination verschiedener Kompetenzen (Walzen, Stanzen, Galvanisieren) in einem Haus. Das Unternehmen hat 750 Beschäftigte, von denen etwa 550 an einem Hauptstandort arbeiten. Obwohl mittlerweile fast schon die Hälfte der Beschäftigten Angestellte sind, ist das Unternehmen strukturell und kulturell noch ganz eindeutig ein „Produktionsbetrieb“: Angestelltenbereiche und Produktion sind räumlich nicht weit voneinander entfernt und ein Großteil der Angestellten arbeitet vergleichsweise „produktionsnah“.

Vorgeschichte: Die Ausweitung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes auf den Bereich psychischer Belastungen wurde seit etwa 2000 vom Betriebsrat vorangetrieben. Über den Gang zur Einigungsstelle konnte vom Betriebsrat die Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung, bei der auch psychische Belastungen thematisiert werden, durchgesetzt und in einer Betriebsvereinbarung festgelegt werden. Eine erste solche Gefährdungsbeurteilung fand 2005 statt.

PARGEMA im Fallbetrieb „Kontaktteile“: Die Kooperation mit PARGEMA wurde Ende 2006 von Seiten des Betriebsrates gesucht. Es hatte sich gezeigt, dass die Gefährdungsbeurteilung (GB) des Jahres 2005 noch Defizite in der Durchführung der Erhebung (mangelhafte Kommunikation vor, während und nach der Mitarbeiterbefragung), insbesondere aber in der Maßnahmenableitung und -umsetzung aufwies. Zudem führte eine gewisse Häufung schwerer Erkrankungen im Kollegenkreis zu einer gesteigerten Sensibilität für Fragen der Gesundheit. Über die Kooperation mit Pargema sollte

- ▶ eine weitere Institutionalisierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements und
- ▶ eine stärker beteiligungsorientierte Durchführung der nächsten Gefährdungsbeurteilung erreicht werden.

Im Frühjahr 2007 konnte das Einverständnis der Geschäftsleitung für die Kooperation mit PARGEMA gewonnen werden.

Projektverlauf: Im Sommer 2007 wurde eine Basisfallstudie durchgeführt (Einzelinterviews mit Führungskräften und Gruppendiskussionen mit Beschäftigten, schriftliche Expertenbefragung zum Stand des Arbeits- und Gesundheitsschutzes), die zum einen Hinweise zu Belastungsschwerpunkten gab, zum anderen den Entwicklungsbedarf des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes aufzeigte. Dieser war durch fragmentierte Zuständigkeiten bei Gesundheitsfragen und eine weiterhin bestehende Orientierung am klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz gekennzeichnet. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurde dann die Mitarbeit von PARGEMA in einem Lenkungskreis etabliert, der sich um die Restrukturierung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes kümmert, und es konnte eine zweite Gefährdungsbeurteilung durchgeführt werden, in die zusätzliche Fragen zum Bereich psychischer Belastungen aufgenommen wurden.

Im Sommer 2008 wurden die Ergebnisse der GB in jeder Abteilung den Beschäftigten vorgestellt und mit diesen diskutiert. Auf diese Weise sollte ein höherer Partizipationsgrad im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erreicht werden. Seit Herbst 2008 werden dann zwei Handlungsfelder in Kooperation mit PARGEMA bearbeitet: In dem ersten Handlungsfeld geht es um die Reduzierung von Umgebungsbelastungen (Hitze und Lärm) – die Aktivitäten dieses Handlungsfeldes setzen sich mit dem Problem auseinander, wie es dem betrieblichen Gesundheitsmanagement gelingen kann, die Geschäftsleitung davon zu überzeugen, dass kostenintensive Lösungswege beschritten werden (wie etwa der Einbau einer Klimaanlage). In dem zweiten Handlungsfeld geht es um die Reduzierung psychischer Fehlbelastungen. Als verbreitete Stressfaktoren wurden in der Gefährdungsbeurteilung überhöhter Termindruck und mangelhafte Ablauforganisation genannt. In einem Pilotbereich soll versucht werden, die Ablauforganisation so zu gestalten, dass Termindruck und Störungen im Arbeitsablauf abgebaut werden können.

Ausblick

Die bisherigen Arbeiten von PARGEMA haben zweierlei gezeigt: Mit der „permanenten Reorganisation“ der Betriebe und dem überall wachsenden Marktdruck sind Unsicherheit und Überlastung zur Begleitmusik „moderner“ Arbeit geworden. Die Suche nach Antworten auf die damit verbundenen Herausforderungen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz ist, trotz aller Erfolge und Positivbeispiele (vgl. dazu IG Metall Projekt Gute Arbeit 2007), sicher erst am Anfang. Aber gerade die Erfolge und Positivbeispiele – auch aus den PARGEMA-Fallbeispielen – zeigen,

dass der Erfolg einzelner Initiativen oder punktueller Projekte mittelfristig auch davon abhängt, dass – oder ob – sie Teil eines Prozesses sind: Die Antwort auf die Dynamik der Leistungsanforderungen und Organisationsentwicklung liegt ihrerseits in einer permanenten Auseinandersetzung mit den Anforderungen und Zumutungen der gegenwärtigen Entwicklung. Und dies setzt verstetigte Strukturen und Institutionen voraus, die quasi permanente Gelegenheiten der Auseinandersetzung, der Thematisierung und Verständigung bieten.

Literatur

- Ahlers, E./Brussig, M. (2004): Gesundheitsbelastung und Prävention am Arbeitsplatz – WSI-Betriebsrätebefragung 2004, in: WSI-Mitteilungen 11/2004, S. 617-624.
- BAuA 2007: Volkswirtschaftliche Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Berechnungen durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, fortlaufend.
- Burisch, Matthias (2005): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Berlin: Springer (3. Auflage)
- DAK (2007): DAK Gesundheitsreport 2007.
- Fuchs, T. (2006): Was ist gute Arbeit? Anforderungen aus der Sicht der Erwerbstätigen, INQA-Bericht 19, herausgegeben von der Geschäftsstelle der Initiative neue Qualität der Arbeit, Berlin/Dortmund/Dresden 2006.
- Groß, H./Schwarz, M. (2006): Betriebs- und Arbeitszeiten 2005. Ergebnisse einer repräsentativen Betriebsbefragung, Dortmund.
- Kratzer, N. (2003): Arbeitskraft in Entgrenzung. Grenzenlose Anforderungen, erweiterte Spielräume, begrenzte Ressourcen, Berlin.
- Latniak, Erich/Gerlmaier, Anja, 2006: Zwischen Innovation und alltäglichem Kleinkrieg: zur Belastungssituation von IT-Beschäftigten. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. IAT-Report, Nr. 2006-04
- Lenhardt, U./Priester, K. (2005): Flexibilisierung – Intensivierung – Entgrenzung: Wandel der Arbeitsbedingungen und Gesundheit. In: WSI Mitteilungen, 58. Jg., Heft 9, 2005, S. 491-497.
- Schaufeli, Wilmar B./Enzmann, Dirk (1998). The Burnout Companion to Study and Practice. A Critical Analysis. London: Taylor & Francis.

>> Der Gesundheitsweg (3P)

Partizipation an der Prävention von gesundheitsgefährdenden Belastungen in Pflegeberufen¹

Hintergrund

Es gibt eine Reihe von Anzeichen (Krankenstand, frühzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf) dafür, dass Arbeit in Pflegeberufen sehr hohe Belastungen mit sich bringen, die die Gesundheit der Pflegenden beeinflussen können.

Die überwiegende Mehrheit der Belastungen entsteht in der täglichen Arbeitsausführung. Die Intensität der Arbeitsausführung wird durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst, die als erleichternd (z.B. die Anwendung von elektronischen Patien-

¹ >Entwickelt innerhalb des BMBF-Projektes (2006-2009): 3P-Partizipation und Prävention in der Pflege. Entwicklung von Präventionskompetenzen des Pflegepersonals und einer Gesundheits-Scorecard im Krankenhaus. Projektpartner Alice-Hospital Darmstadt (Dr. R. Röhrig) und Fachhochschule Wiesbaden (Prof. Dr. K. North).

tenjournalen), aber auch als erschwerend (kürzere Verweildauer der Patienten, wodurch der Anteil administrativer Aufgaben pro Zeiteinheit wächst) beschrieben werden können. Die genannten Faktoren ändern sich in ihrer Bedeutung über die Zeit und es kommen auch neue Faktoren hinzu.

Daneben gibt es Belastungen, die mit dem Charakter der Pflegearbeit zu tun haben. Die Arbeitsaufgaben haben mit Menschen zu tun, die schwerkrank sind und die auch im Krankenhaus sterben können. Wie die Pflegenden mit diesen emotional geladenen Situationen umgehen, hat natürlich auch Bedeutung für ihre Belastung.

Ziel

Unabhängig davon, ob die Belastungen auf die gewählte tägliche Arbeitsausführung, auf den Charakter der Pflegearbeit, auf die sich ständig verändernde Intensität der Pflegearbeit oder auf spezifische Situationen zurückzuführen sind, wurde in diesem Projekt geprüft, ob und inwieweit Pflegekräfte als Team lernen können, Belastungssituationen zu verhindern und zu verändern. Die entwickelte Methode wurde in erster Linie dazu benutzt, um Belastungen in alltäglichen Arbeitssituationen zu begrenzen. Emotionale Belastungen waren nicht im Fokus dieser Vorgehensweise, da diese eher nicht partizipativ gehandhabt werden können.

Es sollte erprobt werden, ob die systematische Prävention von gesundheitsschädlichen Arbeitssituationen in die Arbeit von Pflegekräften integriert werden kann. Es ist natürlich eine Selbstverständlichkeit, dass einzelne Personen bereits heute bewusst oder unbewusst in diese Richtung handeln. Die Krankheitsraten und das frühzeitige Ausscheiden aus dem Beruf sind aber Anzeichen dafür, dass hier generell gesehen noch immer ein Problem vorliegt. Ein Teilziel war, dass Gesundheitsprozesse nicht nur bei wenigen betrieblichen Experten und außerbetrieblichen Beratern angesiedelt werden sollten, sondern zum selbstverständlichen Teil der Organisation auf allen Ebenen werden.²

² >Vgl. dazu auch www.nagu-projekt.de, INQA-Bericht Nr. 10 (November 2005), Gute Mitarbeiterführung, Psychische Fehlbelastung vermeiden, Dortmund.

>> Präventionskompetenz

Um für dieses Problem eine Lösung zu finden, wurde ein Ansatz gewählt, der auf eine Ressourcenstärkung der Pflegekräfte zielte. Zum einen wurde die Entwicklung von so genannten **Präventionskompetenzen** (die bei erfolgreicher Anwendung zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze und damit längerfristig auch zu einem besseren Gesundheitsstatus führen) unterstützt und zum anderen wurde die **Anwendung** dieser Präventionskompetenzen in der konkreten Arbeitssituation von Pflegekräften unterstützt.

Mit Präventionskompetenzen sind Fähigkeiten gemeint, Belastungen im Arbeitsalltag besser bewältigen zu können.

>> Organisatorische Integration

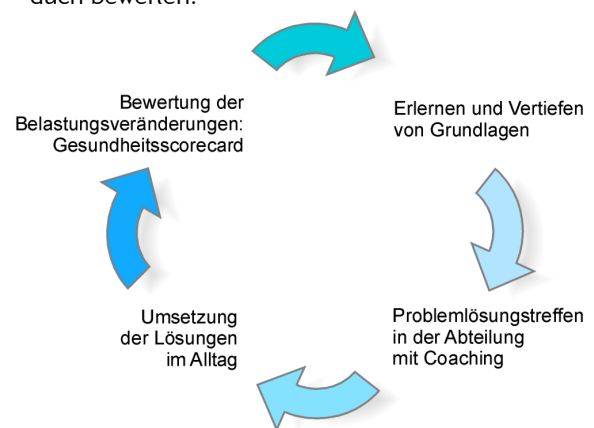
Diese Unterstützung geschah in erster Linie durch die Entwicklung eines standardisierten Analyse- und Lösungsprozesses, bestehend aus einem konkreten Hilfsmittel (Lösungsformular) und aus strukturierten Lösungstreffen auf den Stationen, die durch Coaches, Mentoren und so genannte Patentreffen (zum Erfahrungsaustausch zwischen den Stationen) unterstützt wurden.

Ergebnisse

In den teilnehmenden Krankenhäusern ist es gelungen, das Konzept des **Gesundheitswegs** zu entwickeln (Alice-Hospital) und zu verbreiten (Kinderkrankenhaus). 20 Pflegekräfte waren an der Entwicklung und ersten praktischen Anwendung dieser Methode beteiligt (2006-2007), während in der weiteren Verbreitung (2007-2008) bisher 40 Pflegekräfte in sechs Abteilungen mitgearbeitet haben.

Neben der intensiven Arbeit in und mit den Pflegestationen wurden Workshops mit Führungskräften (Geschäftsführung, Pflegedienstleitung sowie Stationsleitungen) beider Kliniken (Alice-Hospital und Darmstädter Kinderkliniken) zum Thema „Nachhaltige Verankerung von Gesundheitsförderung“ in der Organisation durchgeführt. Mit den Führungskräften wurden mögliche Ziele von Gesundheitsförderung in der Organisation erarbeitet. Auch wurden mögliche Strategien und Maßnahmen vorgestellt und mit den Führungskräften im Hinblick auf eine Umsetzung in beiden Kliniken erörtert.


Der Gesundheitsweg ist als **Lernprozess** konzipiert, in dem die Pflegekräfte lernen, ihre eigenen Ziele (der Belastungsprävention) zu formulieren, selbst Lösungen entwickeln, deren Umsetzung initiieren und auch bewerten.



Den Gesundheitsweg erlernen

Die Werkzeuge des Gesundheitswegs

Die Einführung des Gesundheitswegs geschieht in interessierten Pflegestationen mit Hilfe von drei Werkzeugen. Daneben wurde auch ein Modul entwickelt, mit dem das zukünftige Pflegepersonal schon in der Berufsausbildung auf die Prävention von Belastungen in der Pflegearbeit durch die Anwendung der Gesundheitshebel vorbereitet wird.

 **Werkzeug I:** Gesundheitshebel – Lernen in Pflegeberufen präventiv zu denken und zu arbeiten

Belastungen in der Arbeit erkennen und verhindern durch das Erlernen des Konzeptes der Gesundheitshebel:

>> **Prioritäten setzen:** Welche Aufgaben sollen bei vielen konkurrierenden Arbeitsaufgaben in welcher Reihenfolge erledigt werden, um die Belastungen zu verhindern?

>> **Handhabung von Abweichungen:** Wie kann mit Abweichungen belastungsreduzierend umgegangen werden?


>> **Zusammenarbeit und Kommunikation:** Wie kann durch eine anders gestaltete Zusammenarbeit und

Kommunikation innerhalb des Teams und mit anderen Berufsgruppen die Belastung reduziert werden?

>> **Organisationsarbeit:** Wie können durch eine andere zeitliche und personelle Verteilung von Arbeitsaufgaben innerhalb des Teams und mit anderen Berufsgruppen Belastungen verhindert werden?

>> **Qualitätsarbeit:** Wie können durch einen bewussten Umgang mit Qualitätsanforderungen Belastungen verhindert werden?

>> **Handhabung von Beanspruchungen:** Wie können Belastungsfolgen in der Arbeit und der Freizeit abgebaut werden?

 **Werkzeug II:** Präventive Veränderung der Arbeit in Pflegeberufen

Der Lösungsprozess zur Verhinderung der Belastungssituationen verläuft in mehreren Schritten und wird durch ein strukturiertes Lösungsformular unterstützt:

1. Erkennen und Definieren der Belastungen sowie deren Ursachen
2. Gemeinsame Entscheidung, welche Belastungen vermindert werden sollen

3. Wie hoch und häufig sind die Belastungen des Teams?
4. Erarbeitung von Lösungen mit Hilfe der Gesundheitshebel
5. Verantwortliche für die Umsetzung der Lösungen bestimmen
6. Terminliche Festlegung der Überprüfung der erarbeiteten Lösungen

Die Dokumentation der Station über ihre Arbeit an den Belastungssituationen im „Lösungsformular“ (siehe unten) ist wichtig für unterschiedliche Aspekte Kontinuität (u.a. Wiederanknüpfen an bisherige Arbeit, leichter Anschluss bei Abwesenheit und Neuanstellung usw.).

Für die elektronische Dokumentation der Lösungen wurde eine spezielle Monitoring-Tabelle entwickelt. Neben den einzelnen Lösungsformularen enthält diese Tabelle eine Übersicht über alle Lösungen. Aus den einzelnen Lösungsformularen, die pro Besprechung einer Belastungssituation ausgefüllt werden, werden „automatisch“ die wesentlichen Punkte, wie z.B. Thema der Belastungssituation, Zeitpunkt der Wiedervorlage für das Thema, Status der Lösung, die Belastungshöhe des Themas zu Beginn und am Ende des Prozesses eingefügt, so dass eine Liste entsteht, die den gesamten Bestand aller bearbeiteten Themen dokumentiert und die Station immer eine aktuelle Übersicht über ihre Arbeit mit den Belastungssituationen hat. Gleichzeitig wurde diese Übersicht so gestaltet, dass die Kennzahlen für

den Teil A der Gesundheits-Scorecard abgeleitet werden. Die Mitarbeiter haben somit keinen zusätzlichen Aufwand, da die erforderlichen Kennzahlen während des Prozesses und durch den Prozess selbst erfasst werden (s. umseitige Abbildung).



Werkzeug III: Sicherung der Nachhaltigkeit der gesundheitsförderlichen Arbeit durch die Entwicklung und Einführung von organisatorische Routinen

Die Nachhaltigkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung wird unterstützt durch:

1. Gestaltung von Lösungstreffen (intern + extern)
2. Coaching der Lösungstreffen
3. Organisation von Benchlearning stationsübergreifender Zusammenarbeit (Patentreffen, d.h. zwei Repräsentanten der beteiligten Stationen)
4. Einführung und Nutzung einer Gesundheits-Scorecard
5. Interpretationshilfe für die Gesundheits-Scorecard



Werkzeug IV: ‚Gesundheitshebel‘ in der Berufsausbildung

Die Auszubildenden lernen, berufliche Belastungssituationen wahrzunehmen, deren Relevanz einzuschätzen und sie mit Hilfe eines geeigneten Gesundheitshebels zu reduzieren. Durch weiterführende Lernaufgaben, kombiniert mit Praxisreflexionen im Unterricht, sollen sie ihr „Entlastungsrepertoire“ testen.

Wirksamkeit und Aufwand

In den beteiligten Stationen wurde während der Erprobungsphase eine Reihe von Zielen erreicht. Von den genannten Belastungsproblemen innerhalb der Pflegestationen wurde die Hälfte gelöst. Was aber genauso wichtig ist, ist, dass die Pflegenden durch die Werkzeuge des Gesundheitswegs Mittel erhielten, um systematisch Kontrolle über die Belastungssituationen zu entwickeln. Dies ganz im Gegensatz zu vorher, wo eine Vielzahl der Pflegenden sich mehr als „Opfer“ der Belastungssituationen sahen. Zusammengefasst kann dies wie folgt beschrieben werden:

- ▶ Belastungen wurden durch den Lösungsprozess verhindert bzw. verringert
- ▶ Belastungen haben sich in ihrem Charakter verändert
- ▶ Belastungen und deren Ursachen wurden klarer definiert
- ▶ Belastungen wurden als ein Bestandteil der Arbeit akzeptiert
- ▶ bestimmte Situationen wurden nicht mehr als Belastung empfunden

In den Abteilungen nahmen zwischen 50 und 75% der Beteiligten aktiv am Gesundheitsweg teil.

Problemlösungsprozess

Station: X	Datum: 11.04.08	Nr. 10
Thema: Umstellung der Übergabezeit PSO ↔ Station X (Nachtdienst)		
Beteiligte Akteure: Peter, Maja, Klaus, Richard Monika, Gisela		

Gemeinsame Problemanalyse - Übergabe der Station A dauert meistens länger - Übergabe der PSO erst nach der ersten Runde - bei für Schwester unbekanntem Patienten kann Übergabe länger dauern																			
Welche Belastungen sollen vermindert/verhindert werden? - Zeitdruck - PSO sollen Nachtruhe einhalten - Überwachung der Pädiatrie-Patienten soll gewährleistet sein - Vermeidung von Konflikten zwischen Mitarbeitern der PSO und der Station A																			
Wie viele Belastungspunkte vergeben Sie für das Problem? 4	<table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">Belastungshöhe</td> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">Hoch</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; text-align: center;">9</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; text-align: center;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">Mittel</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; text-align: center;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; text-align: center;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">Niedrig</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; text-align: center;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">Hoch</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">Mittel</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">Niedrig</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">Belastungshäufigkeit</p>	Belastungshöhe	Hoch	9	6	3	Mittel	6	4	2	Niedrig	3	2	1			Hoch	Mittel	Niedrig
Belastungshöhe	Hoch		9	6	3														
	Mittel		6	4	2														
	Niedrig	3	2	1															
		Hoch	Mittel	Niedrig															
Könnten folgende Gesundheitshebel bei der Belastungsveränderung helfen?																			
Prioritäten setzen <input type="checkbox"/> x Kommunikation und Zusammenarbeit <input type="checkbox"/> x Handhabung von Abweichungen <input type="checkbox"/> Handhabung von organisatorischen <input type="checkbox"/> Rahmenbedingungen																			

Brainstorming für eine mögliche Lösung - Übergabezeit zwischen 22.30 – 23.00 Uhr nach Rücksprache - nach Rücksprache auch früher möglich - Übergabeprotokoll durch PSO-Mitarbeiter (Beispiel Kristin)	
Was wird umgesetzt - PSO-Übergabe wird zeitlich verschoben	Wer kümmert sich darum? - Peter - Nachtdienst der Station A
Verantwortung für Koordinierung und Reflexion	- Team - hauptsächlich Nachtdienst
Beginn der Umsetzung	- sofort und nach 6-8 Wochen
Wie kann die Lösung kommuniziert und präsent gemacht werden?	
Wiedervorlage (Zeitpunkt der Reflexion)	



Ziele, Verantwortung und Zeitpunkt vereinbart



Lösungsvorschlag ist ausgearbeitet und von allen Akteuren akzeptiert



Vorschlag ist in der Umsetzung



Thema/Problem ist abgeschlossen

Der **zeitliche Aufwand** lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- ▶ zwei Halbtage Ausbildung für drei bis vier Personen/Station (Paten des 3P-Prozesses) im Handhaben der Gesundheitshebel und des Lösungsprozesses,
- ▶ drei Stunden Vertiefung für weitere interessierte Pflegekräfte der Stationen
- ▶ 30-45 Minuten für drei bis fünf Personen/Woche (Lösungsprozess)
- ▶ 60 Minuten für Patentreffen (ca. alle vier bis sechs Wochen), zwei Paten/Station
- ▶ 2 Stunden Coaching und Coachingvorbereitung der Lösungstreffen (für drei bis sechs Lösungstreffen)
- ▶ arbeitsplatznahe Ausbildung der coachenden Personen (mit dem Gesundheitsweg vertraute Pflegekräfte der Entwicklungsstation) für die Lösungsprozesse

Partizipation und Führung

Die Umsetzung der oben beschriebenen Vorgehensweise wäre nicht möglich gewesen, wenn nicht **partizipativ** vorgegangen worden wäre. Partizipativ in dem Sinne, dass zum einen die genuinen Belastungs-Erfahrungen der Pflegekräfte der Startpunkt des Verbesserungsprozesses waren, zum anderen diese selbst auch Veränderungsvorschläge entwickeln und umsetzen.

Partizipative Lösungen (nicht nur bei der Entwicklung, sondern auch in der alltäglichen operativen Umsetzung) sind immer auch eine Herausforderung an das Selbstverständnis der Führungsarbeit, bestehende Führungsstrukturen usw.

Damit die Wirksamkeit des eingeführten Konzepts der Präventionsarbeit auf Ebene der Pflegestation für alle Beteiligten (auch Führungskräfte) nachvollzogen werden kann, wurde parallel zu dem obigen Prozess eine so genannte Gesundheits-Scorecard entwickelt. Mit diesem Instrument werden mehrere Ziele verfolgt:

1. Transparenz über den stationsinternen ‚Verlauf‘ der Präventionsarbeit
2. Information an die Station über erreichten Belastungsabbau und andere Wirkungen (als Rückkopplung)
3. Benchlearning zwischen den Stationen

Die Entwicklung und Nutzung der Gesundheits-Scorecard erfüllte die wichtige Aufgabe, die Unterstützung des partizipativen Präventionsprozesses auf Stationsebene durch die Führungsebenen zu fördern,

zu fordern und herauszufordern. Zielsetzung war es, den einzelnen Führungspersonen Informationen über den Prozess und die Resultate der Präventionsarbeit auf Stationsebene zu geben, um für noch bessere Unterstützung und bessere Voraussetzungen sorgen zu können. Es ging dabei auch darum, Informationen über Belastungsprobleme, die bei vielen Pflegekräften einen mehr oder weniger ‚privaten‘ Charakter hatten, nicht an die Führungskräfte zu vermitteln.

Dies ist das eigentliche Kernproblem einer partizipativen Vorgehensweise zur Verhinderung von Belastungen. Belastungen werden von den einzelnen Personen zunächst als ‚privates‘ Problem aufgefasst, das man nicht allen Kollegen und schon gar nicht seinem Chef mitteilen möchte. Um das Problem zu lösen, müssen aber Ressourcen zur Verfügung gestellt werden (und dies ist die Aufgabe der Führung). Das heißt, es müssen zunächst Voraussetzungen für einen partizipativen Prozess geschaffen werden (Zeit, Expertenhilfe usw.). Dieser partizipative Prozess muss dann eine Zeitlang ohne Teilnahme der Führungskräfte stattfinden (damit die Pflegekräfte ihre ‚privaten‘ Belastungsprobleme innerhalb des Teams angehen können). Irgendwann liegt es dann doch im Interesse der Führung zu erfahren, ob die zur Verfügung gestellten Ressourcen etwas zielgerecht (d.h. Minderung der Belastungen) bewirkt haben. Diese kontinuierliche Information geschieht durch die Gesundheits-Scorecard.

Die Gesundheits-Scorecard – Bindeglied zwischen Partizipation und Führungsanspruch?

Die Gesundheits-Scorecard soll gesundheitsförderndes Verhalten der Mitarbeiter erfassen und dessen Wirkung messbar machen. Zunächst wurde eine Gesundheits-Scorecard auf Ebene der Station entwickelt, damit die Station eine Rückkopplung über ihre

Arbeit an den Belastungssituationen erhält. Ziel ist, dass die Anwender der Gesundheits-Scorecard tatsächlich dieses Instrument benutzen können, um ihren „Präventionserfolg“ zu erkennen, und dabei aber nicht zuviel zusätzlichen Aufwand haben.

Team: Station A

	Nr.	Indikatoren	Jan. 09	Dez. 08	Ziel
A: 3P-Prozesse	A1	Gelöste Belastungssituationen Pflege / gelöste Belastungssituationen berufsgruppenübergreifend Pflege im Berichtszeitraum	0 / 0	1 / 0	nn
	A2	Abbau von Belastungspunkten im Berichtszeitraum	0	0	nn
	A3	Anzahl der 3P-Treffen / Kalenderwochen	1 / 4	0 / 4	nn
	A4	Anzahl der Belastungssituationen "rot" / "gelb" im Berichtszeitraum	1 / 5	1 / 4	nn
	A5	Anzahl d. Belastungspunkte pro Anzahl d. in Arbeit befindlichen Lösungsprozesse	33 / 6	27 / 5	nn
	A6	Anzahl der nicht gelösten Belastungen, die älter sind als 6 Monate	1	1	nn
B: Unmittelbare, subjektive Wirkung v. Belastungslösungen auf die Pflegenden (n = x)	B1	Subjektive Belastung nach Lösung einer Situation (Belastungsskala 0 bis 9)	n,n (Standardabw. n,n)	n,n (Standardabw. n,n)	nn
	B2	Veränderung der verfügbaren Zeitrressourcen (Skala -3 bis +3)	n,n (Standardabw. n,n)	n,n (Standardabw. n,n)	nn
	B3	Pflegequalität verändert (Skala -3 bis +3)	n,n (Standardabw. n,n)	n,n (Standardabw. n,n)	nn
	B4	Zusammenarbeit Team verändert (Skala -3 bis +3)	n,n (Standardabw. n,n)	n,n (Standardabw. n,n)	nn
	B5	Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen verändert (Skala -3 bis +3)	n,n (Standardabw. n,n)	n,n (Standardabw. n,n)	nn
	B6	Zusammenarbeit mit sonstigen Berufsgruppen verändert (Skala -3 bis +3)	n,n (Standardabw. n,n)	n,n (Standardabw. n,n)	nn
	B7	Informationsfluss verändert (Skala -3 bis +3)	n,n (Standardabw. n,n)	n,n (Standardabw. n,n)	nn
	B8	Abläufe verändert (Skala -3 bis +3)	n,n (Standardabw. n,n)	n,n (Standardabw. n,n)	nn
C: Mittelbare Wirkung des 3P-Prozesses	C1	Anzahl der unplanmäßigen Überstunden	-35,00	100,32	0
	C2	Bewertung der Station bzgl. Patientenzufriedenheit	n,n	n,n	nn
	C3	Krankheitsbedingte Fehlzeiten und genommener Urlaub in Kalendertagen im BZ	77 + 25	74 + 54	0
	C4	Durchschnittlicher angegebener Stresswert des Teams i. BZ (Skala 0 -10), n = 171	5,32 (Standardabw. 2,11)	5,75 (Standardabw. 2,20)	nn
	C5	Quote der vollständig genommenen Pausen, n = 167	72,5%	74,0%	100,0%
D: Allgemeine Einflussfaktoren	D1	Stellenbedarf nach PPR / Stellen	15,73 / 15,85	16,29 / 16,26	nn
	D2	Verhältnis Vollzeitkräfte / Teilzeitkräfte	11 / 4,85	11 / 5,26	nn
	D3	Teamdurchschnittsalter	42,8	41,5	nn
	D4	Anteil der notfallmäßigen Aufnahmen / geplante Aufnahmen	105 / 35	113 / 19	nn
	D5	Durchschnittsverweildauer der Patienten in Tagen	2,72	3,03	nn
	D6	Casemix der Station i. BZ / Stelle	3,80	3,71	nn

Die Gesundheits-Scorecard

Die Gesundheits-Scorecard ist unterteilt in vier Abschnitte A, B, C und D. Zu den jeweiligen Abschnitten gehören die spezifischen Indikatoren. Die Gesundheits-Scorecard zeigt die Kennzahlen einer Erfassungsperiode an und stellt sie einer Vergleichsperiode gegenüber. Ebenfalls können für jeden Indikator Zielwerte formuliert werden. Um die Hintergründe, die Erfassung der einzelnen Kennzahlen besser verstehen zu können, wurde eine Handlungsanleitung geschrieben, die Ziel und Nutzen der Scorecard sowie die dazugehörigen Kennzahlen inhaltlich erläutert.

Teil A beinhaltet Indikatoren zum 3P-Prozess. Unter 3P-Prozess wird die Arbeit an den Belastungssituationen durch die Pflegenden einer Station verstanden. Die Kennzahlen leiten sich direkt aus dem Lösungsprozess ab, das heißt der Arbeit an den Belastungssituationen durch die Pflegenden einer Station. Dieser Abschnitt stellt somit die präventive Arbeit der gesamten Station dar. Indikatoren des 3P-Prozesses sind z.B. die Anzahl der gelösten Belastungssituationen oder die Anzahl der Belastungssituationen, die die Station in „Bearbeitung hat“, d.h. Belastungssituationen, bei denen Lösungen erarbeitet und angestrebt, aber noch in der „Erprobungsphase“ sind.

Teil B beinhaltet Indikatoren, die die unmittelbare Wirkung des 3P-Prozesses auf die Pflegenden erfassen. Die Einschätzung erfolgt individuell und anonym durch jeden Mitarbeiter anhand eines Formulars. Jeder Mitarbeiter soll einschätzen, ob sich die anfangs definierten Belastungen durch die Lösung einer Belastungssituation verändert haben und ob sich zusätzliche Wirkungen, z.B. eine veränderte Zusammenarbeit im Team oder ein veränderter Informationsfluss, durch die Lösung einer Belastungssituation ergeben haben. Für die Gesundheits-Scorecard wird am Ende eines Erfassungszeitraumes von den in dieser Periode gelösten Belastungssituati-

onen ein Team-Durchschnittswert für jeden einzelnen Indikator der unmittelbaren Wirkungen gebildet.

Teil C beinhaltet die Indikatoren, die die mittelbaren Wirkungen des 3P-Prozesses auf der Ebene der Station erfassen. Es werden z.B. die ungeplanten Überstunden, die Krankheitsquote sowie die Quote der vollständig genommenen Pausen und ein durchschnittlicher Stresswert des Teams im Berichtszeitraum erfasst. Mit einem Formular zur subjektiven Stressmessung und Pausendokumentation sollen die Mitarbeiter einer Station jeweils einzeln für sich möglichst täglich ihren subjektiven Stresswert einschätzen sowie dokumentieren, ob sie ihre Pause an den jeweiligen Tagen vollständig machen konnten oder nicht. Diese Ermittlung der entsprechenden Werte zum subjektiven Stressempfinden und zur Pausengewährleistung erfolgt anonym und die Auswertung erfolgt kumuliert für die gesamte Gruppe.

Teil D beinhaltet allgemeine Einflussfaktoren, die sicherstellen sollen, dass keine anderen grundlegenden Veränderungen in den jeweiligen Stationen aufgetreten sind, die einen direkten Einfluss auf die Belastungssituation haben könnten.

Mit der Anwendung der Gesundheits-Scorecard erhält die Station eine Rückmeldung über ihre an den von ihnen definierten Belastungssituationen geleistete Arbeit. Hierdurch haben die Mitarbeiter der Station die Möglichkeit, den Prozess sowie dessen Wirkungen zu reflektieren.

Anderen Interessierten (Pflegedienstleitung, Geschäftsführung usw.) kann mittels der Kennzahlen Einblick in den 3P-Prozess gewährt werden. Wenn mehrere Teams mit der Gesundheits-Scorecard im Rahmen des 3P-Prozesses arbeiten, können die Kennzahlen verschiedener Teams miteinander verglichen und die Ergebnisse interpretiert und Erkenntnisse zur möglichen Entwicklung von Gesundheitskompetenz daraus gewonnen werden.

Fazit und offene Fragen – Grenzen partizipativer Ansätze

Der partizipative Ansatz, der im Projekt verfolgt wird, sollte der praxisorientierten Entwicklung der Methode/Vorgehensweisen der Gesundheitskompetenzen dienen, aber auch genutzt werden, um diese dann in der täglichen Arbeit in den Pflegeabteilungen umzusetzen. Eine weitere Funktion des partizipativen An-

satzes wurde erreicht, indem das Pflegepersonal aus der ersten Phase des Projektes sein Wissen und seine Erfahrungen beim Transfer in andere Teile der Organisation (Schwesternschule, Kinderkrankenhaus) mit einbringen konnte.

Partizipation zur Prävention – eine Notwendigkeit?

Im vorliegenden Projekt wird **Partizipation** an betrieblicher Gesundheitsförderung als die Einflussnahme bzw. Beteiligung am gesundheitsbezogenen Gestaltungsprozess verstanden.¹ Der Grad an *effektiver Einflussnahme* ist ein besonderes wichtiges Merkmal

¹ >Vgl. dazu Preussner, I. (2003): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Partizipation. Dissertation. Universität Hamburg.

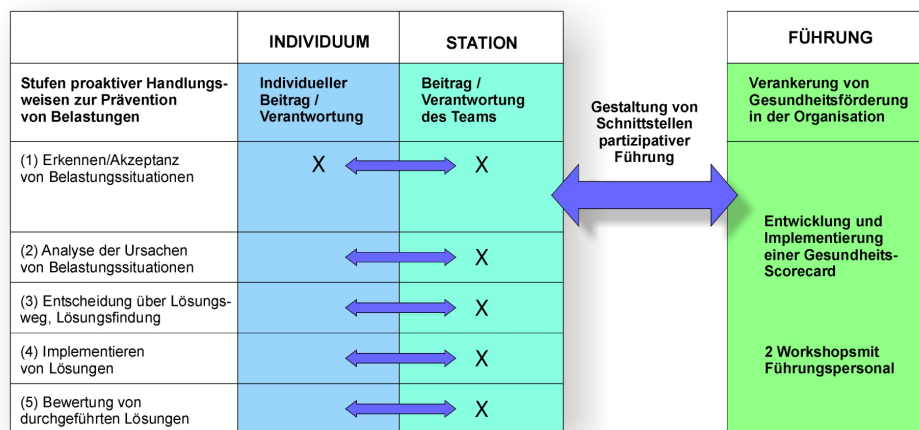
² >Siehe Wilpert, B. (1993): Das Konzept der Partizipation in der A & O-Psychologie. In W. Bungard/T. Herrmann (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie im Spannungsfeld zwischen Grundlagenorientierung und Anwendung. Bern: Huber.

von Partizipation. Wichtig ist, dass „Individuen, Gruppen, Kollektive durch selbstbestimmte Wahl möglicher Handlungen ihre Interessen sichern“.² Partizipation zur Prävention bedeutet konkret, dass Entscheidungen dort und von

den Personen/Gruppierungen gefällt werden, wo die besten Voraussetzungen (Situationswissen und -erfahrungen) gegeben sind, um deren Interessen für eine erfolgreiche Prävention wahrzunehmen. In diesem Projekt handelt es sich um Beteiligungsformen, die organisatorisch den Pflegestationen entsprechen

und die einen Anteil an betrieblichen Entscheidungsprozessen haben. Während der bisherigen Entwicklungs- und Implementierungsphase dieses partizipativen Präventionsansatzes war die Teilhabe an betrieblichen Entscheidungsprozessen (gerichtet auf Gesundheitsförderung) eher informell und nicht durch unternehmensinterne Übereinkommen geregelt. Die Formalisierung der beschriebenen Vorgehensweise steht noch aus.

Der Grad an *effektiver Einflussnahme* ist ein besonders wichtiges Merkmal der Partizipation. Hier wird oft von einem Einfluss- und Machtkontinuum ausgegangen, an dessen Eckpunkten entweder der Vorgesetzte oder die MitarbeiterInnen allein die Entscheidungsgewalt innehaben. Diese Beschreibung als Kontinuum macht auch ein Problem deutlich, das mit partizipativen Ansätzen einhergeht: Wie werden die Freiräume zur Ausübung von Kontrolle gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen durchgesetzt, ohne dass die ‚Quelle‘ partizipativer Vorgehensweisen (das Erfahrungswissen der Mitarbeiter) versiegt?



Partizipative Lösungsentwicklung: ja – Partizipative Implementierung: nein?

Diese Freiräume der Durchsetzung waren zunächst durch die Durchführung des Projekts gegeben. Die beteiligten Stationen hatten Zeit, Expertenunterstützung, Räume, um Belastungen systematisch zu erfassen, zu definieren und um Veränderungsvorschläge auszuarbeiten. Die Umsetzung bzw. Implementierung der Gestaltungsvorschläge erwies sich dagegen als

schwieriger, sobald dadurch die Arbeit anderer Berufsgruppen (z.B. Ärzte), die Veränderung von Räumlichkeiten oder das Entstehen von zusätzlichen Kosten berührt wurde. Dann gab es in vielen Fällen keine Entscheidungsspielräume für die ‚Lösungsgruppen‘ auf Stationsebene. Stationsinterne Situationen konnten dagegen selbst behoben werden. Dazu trug unter

Umständen auch das Selbstverständnis der Stationsleitungen bei, die sich in diesem Prozess eher als Pflegekräfte und weniger als Leitung sahen.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Pflegestationen über zwei Arten von Einflussnahme verfügen/verfügten: zum einen Einflussnahme bis zur Umsetzung eigener Verbesserungsvorschläge und zum anderen Einflussnahme durch das Ausarbeiten von Vorschlägen. Im zweiten Fall liegt die Entscheidungsgewalt (soweit diese wahrgenommen wird) oft immer noch bei Führungspersonen.

Das Projekt hat ermöglicht, dass durch die partizipative Herangehensweise folgende Freiräume für das Pflegepersonal nutzbar gemacht werden konnten:

1. Es ging darum, in Zusammenarbeit mit den Pflegenden Wege und Vorgehensweisen zu finden, den theoretischen Ansatz der Gesundheitshebel in der Pflegepraxis umzusetzen. Diese Praxisanpassung ist in großen Stücken den Pflegekräften zu verdanken. Eine wichtige Voraussetzung ist dabei gewesen, dass die vorgeschlagene Methode der ‚Gesundheitshebel‘ offen gestaltet

war, so dass die Pflegekräfte ihre eigenen Belastungserfahrungen einbringen konnten.

2. Die Umsetzung in der täglichen Arbeit ist dadurch geprägt, dass gemeinsam entschieden wird, welche Belastungen vorhanden sind, diese selbst definiert werden, selbst Lösungen vorgeschlagen werden und diese auch selbst umgesetzt werden. Eines der nicht zu unterschätzenden Resultate ist, dass sich die teilnehmenden Pflegegruppen selbst Zeit geschaffen haben (30 Min./Woche), um Belastungssituationen strukturiert zu bearbeiten. Es wurde vor Ort eine Entscheidung (mit der Stationsleitung) getroffen, ein Zeitfenster für diese neue Arbeitsaufgabe ‚Prävention‘ zu schaffen.
3. Eine weitere Entscheidung, die mit Unterstützung des Projektteams von der Pflege getroffen wurde, beinhaltet einen strukturierten Austausch mit den Ärzten, um bestimmte berufsgruppenübergreifende Belastungsprobleme angehen zu können. Auch für diese Arbeit hat die Station ein Zeitfenster reserviert.

Herausforderungen partizipativer gesundheitsförderlicher Organisationsentwicklung

Fokus des Projektes ist, gesundheitsgefährdende Belastungssituationen in der Arbeit der Pflegenden partizipativ anzugehen und zu verändern. Unsere Vorgehensweise offenbarte drei Schwierigkeiten:

1. **Partizipative Unsicherheit in anderen Teilen der Organisation:** Was bedeutet die Veränderung in einem Teil der Organisation für den Rest der Organisation (für Ärzte, Pflegedienstleitung und Geschäftsführung)? Auch wenn alle Genannten eine positive Einstellung zu dem Ziel des Projektes hatten und die einzelne Pflegeabteilung ‚gewähren‘ ließen, entwickelte sich doch eine gewisse Unsicherheit über die eigene Rolle, über das eigene Verhalten gegenüber den Prototypabteilungen, die sich mehr Freiheitsgrade erarbeitet hatten. Insbesondere die professionelle Rangordnung zwischen Ärzten und Pflegenden wurde hierdurch herausgefordert.
2. **Partizipative Unsicherheit bei Führungskräften:** Wie ist es möglich einen kleinen Teil der Organisation substanziell zu verändern, während die Umgebung noch nach dem bisherigen/traditionellen Muster arbeitet? So ist zu fragen, ob eine

solche „radikale Innovation“ (wie es partizipative Prozesse sind) parallel zum Alltag der Pflegeabteilung überhaupt durchgeführt werden kann. Das Alice-Hospital hat bewiesen, dass dies geht. Aber es hat auch gezeigt, dass es sehr hohe Anforderungen an die Führungskräfte stellt. Der Umgang mit dem ‚Neuen‘ innerhalb des ‚Alten‘ war nicht immer einfach. Man musste Kontrolle über den Rest der Organisation behalten, während in der innovativen Abteilung mehr Autonomie erforderlich war. Diese parallelen Welten³ waren nicht immer sehr einfach für die Führungsebenen. Hier ist weitere Forschungs- und Entwicklungsarbeit nötig, um Führungskräfte zu unterstützen und um „Rückfälle“ zu vermeiden.

³ > Kibler, L./Graf, M./Wiechmann, E. (2000): Nachhaltige Partizipation – Beschäftigtenbeteiligung als Beitrag für mehr Chancengleichheit. Berlin: Edition Sigma.

3. **Partizipative Ambivalenz bei den Pflegekräften:** Die gemeinschaftliche (in der Gruppe/Station) Übernahme von Verantwortung für Belastungssituationen war nicht selbstverständlich. Aufgrund persönlicher Einstellungen, individueller Arbeitszeitverhältnisse

und persönlicher Voraussetzungen waren nicht alle Pflegenden gewillt, Prävention als eine neue Arbeitsaufgabe zu akzeptieren. Diese Personen haben (vielleicht im Sinne von Partizipation) die Entscheidung für sich getroffen, dass sie sich mit diesen Fragen nicht beschäftigen möchten. Wie kann mit diesen sehr unterschiedlichen Partizipationsmustern⁴ umgegangen werden?

⁴ >Vgl. dazu Preussner, I. (2003): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Partizipation. Dissertation. Universität Hamburg, S. 159 ff.

Unsere Erfahrung mit der partizipativen Entwicklung, Implementierung und Transfer des Gesundheitshebel-Ansatzes hat gezeigt, dass eine grundlegende Voraussetzung für die nachhaltige Integration in die Arbeit der Organisation das Vertrauen zwischen Mit-

arbeitern und zwischen Mitarbeitern und Führungsebenen ist.

Eine wichtige Aufgabe für die Führungspersonen ist, einen in beide Richtungen gehenden Austausch zwischen Führung und Mitarbeiter zu entwickeln (Interaktion zwischen Führung und Mitarbeiterebene). Die Führungspersonen müssen kontinuierlich Feedback über partizipative Entwicklungsarbeit und die Entwicklung der Gruppenprozesse bekommen, um selbst die schwierige Balance zwischen Steuerung und Autonomie handhaben zu können.

Damit partizipative Entwicklungsprojekte erfolgreich durchgeführt werden können, sollte nicht nur an die Veränderungsbereitschaft der Mitarbeiter angeknüpft werden, sondern auch an die der unterschiedlichen Führungsebenen.

Vertiefende Informationen ...

... zum [BMBF-Projekt 3P – Partizipation und Prävention in der Pflege](#) finden sich in North, K./Friedrich, P./Bernhardt, M. (2009 im Druck): Die Gesundheitshebel – Partizipative Gesundheitsförderung in der Pflege. Gabler/GVV Fachverlag Wiesbaden.

>> Partizipative Bewältigung von Veränderungsdruck in Organisationen der Pflege

Bericht aus dem Verbundprojekt – Qualifizierung durch Integration erfahrungsbezogener Ressourcen in Organisationen der Pflege QUIERO

Ausgangspunkt

Eine zu große Diskrepanz zwischen psychosozialen und emotionalen Anforderungen und darauf bezogener Qualifikation führt bei einem größeren Teil der Beschäftigten im Bereich personenbezogener Dienstleistungen zu emotionaler Erschöpfung und Berufsmüdigkeit (vgl. Büssing 2003). Diese Konstellation finden wir nicht nur in den Gesundheitsberufen, wenn auch dort die Folgen für Qualität der Arbeit, Sicherheit und Gesundheit der Dienstleistenden am offensichtlichsten sind, sondern auch im Bildungs- und Sozialpflegebereich.

Die Anforderungen an die Regulierung eigener Gefühle stellen in diesen Berufsfeldern insofern etwas Besonderes dar, weil zugleich eine Beeinflussung der Gefühle anderer Menschen, nämlich der betreuten Personen und eventuell auch ihrer Angehörigen, gefordert wird. Diese beiden Seiten, emotional work und sentimental work, voneinander zu trennen ist nicht selbstverständlich und praktisch auch nur schwer möglich (vgl. Brucks 1998). Für die Frage, welche Qualifikationsanforderungen durch die beruflichen Aufgaben gestellt werden, ist die Unterscheidung jedoch wichtig (vgl. Becker/Meifort 1997). Diesen Fragen wird unter anderem in dem Verbundprojekt „Qualifizierung durch Integration erfahrungsbezogener Ressourcen in Organisationen der Pflege – QUIERO“ nachgegangen und diese werden in den Kontext von notwendigen Veränderungen in Organisationen personenbezogener Dienstleistungen gestellt. Dabei werden Ergebnisse aus dem Projekt „Evaluation des Hamburger Modells der FREIEN – Generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten“ (vgl. Wahl u.a. 2008) aufgegriffen, und die Frage nach Anpassungsleistungen der Un-

ternehmen an veränderte Bedingungen der Gesundheitswirtschaft wird zugespitzt auf die Frage nach den qualifikatorischen Voraussetzungen der Beschäftigten in Pflegeberufen, sich an diesen Veränderungsprozessen kompetent zu beteiligen.

Die Führungskräfte werden angeregt zu einem insgesamt achtsameren Umgang mit den verfügbaren Ressourcen – jenen der MitarbeiterInnen und jenen der Organisation. Das gemeinsame Ziel ist, Kommunikation und Interaktion innerhalb der beteiligten Institutionen zu fördern und Prozesse anzuregen, die über eine verbesserte Kooperation zur Harmonisierung von Arbeitsanforderungen, Arbeitsabläufen und Zeitstrukturen führen. Für die Arbeitsgestaltung als Führungsaufgabe ergibt sich die Zielrichtung, das Personal darin zu unterstützen, nicht-reziproke Situationen entspannen zu können, so dass die Intensität der bei den Beschäftigten hervorgerufenen Gefühle abnimmt. Dies kann z.B. dadurch geschehen, dass alle Vorkehrungen getroffen werden, um Schamgefühle zu vermeiden; dass schmerzhaft eingegriffen angekündigt und geschickt durchgeführt werden, so dass Ärger vermieden wird; dass der Standard der Grundhygiene hoch genug ist, um Ekel erregende Ereignisse leichter erträglich zu machen; dass Erfolge objektiviert und anerkannt werden, so dass Dankbarkeit nicht zur wesentlichen Quelle für Anerkennung wird. Eine wesentliche Quelle des Erfolgserlebens sollte auch in personenbezogenen Dienstleistungen die gelingende primäre Arbeitsaufgabe sein (vgl. Brucks 1996).

1 >Die Berufsgruppe, deren Tätigkeit hier mit dem Begriff personenbezogene Dienstleistungen bezeichnet wird, fasst die spezifischen Berufe im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpflegebereich zusammen. Dazu gehören die Tätigkeiten von Ärztinnen, Krankenschwestern, Lehrerinnen, Erzieherinnen, Therapeutinnen. Ihnen gemeinsam ist, dass ihre Tätigkeit einen Kooperationspartner hat – den Patienten, Schüler, Klienten usw. –, dem wesentliche Merkmale eines echten Kooperationspartners fehlen, insbesondere die Verpflichtung zur Reziprozität (Brucks 1999). Frauen stellen in diesem Sektor den weitaus größten Anteil der Beschäftigten.

Begleitforschung als Dienstleistung

Mit dem Verbundprojekt QUIERO (www.quiero-online.de) werden Qualifizierungs- und Professionalisierungsprozesse ermöglicht, die im Bereich personenbezogener Dienstleistungen¹ neue Wege zu einem präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz eröffnen. Modellhaft wird in drei Bereichen der Pflege (Geriatric, Heimpflege und Psychiatrie) ein strategisches

Konzept für eine integrierte Qualifizierung und Kompetenzentwicklung realisiert, die über die Projektlaufzeit hinaus Bestand und Wirkung haben soll. Die in das

Konzept eingebundenen Methoden sind gleichsinnig bezogen auf die horizontale Dimension der Ausführung der primären Aufgabe und auf die vertikale der Organisation, so dass ein kritisches Veränderungs-potenzial entsteht, das die innovativen Prozesse mit der notwendigen Eigendynamik versehen kann.

Die Praxispartner in Hamburg, Marburg und Dresden² verfolgen eingebettet in diese verbindliche Zielsetzung unterschiedliche Teilziele, deren gemeinsamer Bezugspunkt das Thema interprofessionelle Schnittstellen ist. Dabei werden in Bezug auf die Ziele des Förderprogramms jeweils eigene Akzente gesetzt.

2 > Realisierung durch: 1. Albertinen Diakoniewerk Hamburg e.V., 2. Volkssolidarität Landesverband Sachsen e.V., 3. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Marburg-Süd, LWV Hessen und 4. Fort- und Weiterbildungszentrum, Carl Gustav Carus Klinikum Dresden (Value-Partner).

- ▶ Anliegen des Vorhabens in Hamburg ist es, die Struktur- und Prozessqualität der Pflege dadurch zu verbessern, dass die Handlungskompetenz der Pflegekräfte entwickelt und gefördert und damit die Leistungs- und emotionale Anpassungsfähigkeit optimiert wird. Durch Verankerung neuer Strukturelemente insbesondere hinsichtlich Kooperation und Interaktion in das Qualitätssicherungssystem wird die Ergebnisqualität gesichert.
- ▶ In dem Teilvorhaben in Sachsen sollen durch Integration von zur Arbeitskultur passenden Ele-

menten der Verbundaufgabe in die Managementsysteme neue Konzepte in der Heimpflege erprobt werden, um vor allem die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aktiv in Richtung auf eine integrierte Versorgung zu gestalten.

- ▶ In dem Teilvorhaben der Klinik Marburg-Süd erfolgt die Realisation der Verbundaufgabe professionsübergreifend: Thematisierung von Gefühlsarbeit als Bedingung für Behandlungserfolg und als Basis für eine gemeinsame Sprache über den Zusammenhang zwischen Klinikauftrag und erfolgreicher Behandlung.

Als Value-Partner im Verbund erkundet das Zentrum für Fort- und Weiterbildung des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus die Transferbedingungen in einer Großorganisation und integriert die zentralen Methoden in neue Kursangebote. Das Leitvorhaben (AuG/Perspective Hamburg) kümmert sich als Dienstleister für die Praxisbereiche um Koordination, Bereitstellung der Konzepte und Methoden sowie um die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation. Durch halbjährlich stattfindende Verbundtreffen wird die Realisierung der Verbundziele unterstützt und eine gleichsinnige Durchführung des Maßnahmenbündels [Integration von Ressourcen erfahrungsbezogener Arbeitsweisen in Qualifizierungs- und Professionalisierungsprozesse](#) (IReA) ermöglicht (vgl. Wahl 2007).

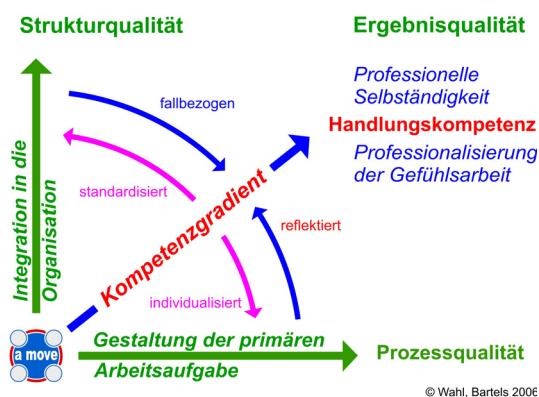
Integration von Ressourcen erfahrungsbezogener Arbeitsweisen in Qualifizierungs- und Professionalisierungsprozesse

Zu dem Ansatz von QUIERO gehören mehrere bereits erprobte Methoden, die zu einem Ansatz zur Integration von Ressourcen erfahrungsbezogener Arbeitsweisen (IReA) vereinigt wurden. Das Maßnahmenbündel IReA zielt auf Explikation und Rekonstruktion der inneren und äußeren Bedingungen der Bewältigung der primären Aufgabe, nämlich professionell auf die Gefühle der PatientInnen bzw. zu Pflegenden Einfluss zu nehmen. Denn wichtig ist nicht allein das Zeigen von Gefühlen – Hoffnung oder Sympathie, die der Dienstleistende vielleicht beide nicht empfindet –, sondern die gezielte Einflussnahme auf diejenigen Gefühle des anderen, die den Erfolg der instrumentellen Handlung behindern oder befördern können. „Instrumentelle Handlung“ beinhaltet, dass der Klient zwar Kooperations-

partner ist – das Arbeitsergebnis kann nicht ohne seine aktive Beteiligung zustande kommen –, zugleich aber auch Arbeitsgegenstand. Dies ist nur bei den personenbezogenen Dienstleistungen im engeren Sinn der Fall, also in der Pflege und Therapie, der Erziehung und Bildung. Nur hier ist die Person, also ihr Körper oder ihr Verhalten, direkt Gegenstand einer Veränderung – einer Veränderung jedoch, die sie zugleich selbst vollziehen muss und die schmerzhaft oder mühsam sein kann. Gefühlsarbeit im engeren Sinne lässt sich also definieren als die Meisterung von Nicht-Reziprozität (vgl. Brucks 2001).

Im theoretischen Rahmen von QUIERO wird Gefühlsarbeit als eine Qualifikation angesehen, die erlernt und geübt werden kann.³ Gefühlsarbeit zu

lernen und die Verlaufsdynamik von Pflege, Behandlung oder Begleitung zu erkennen erfordert vor allem die Kompetenz zur Selbstreflexivität, d.h. sich als wichtige Größe in einem Geschehen wahrnehmen zu können. Dies ist auch wichtige Voraussetzung für Partizipation an Entscheidungen und zur kompetenten Beteiligung an der Gestaltung von Veränderungsprozessen.



Dimensionen der Professionalisierung in personenbezogenen Dienstleistungen

In der Erweiterung von Handlungskompetenz und Beteiligungschancen der Mitarbeiter/innen wird eine wesentliche Voraussetzung zur Vermeidung von Fehlbeanspruchung und riskantem Arbeitsverhalten gesehen. Für die Pflegekräfte bedeutet dies, in der Arbeit die Balance zu finden zwischen instrumentellen Handlungserfordernissen und der für den Handlungserfolg notwendigen Einflussnahme auf die Gefühle der zu Pflegenden sowie zwischen den strukturellen Anforderungen der Arbeitsorganisation und

den kulturell-ökonomischen Leitideen, die in der Verfolgung der Hauptarbeitslinie hemmend oder förderlich sein können (vgl. Strauss et al... 1980 und 1985). Durch Qualifizierung der Führungskräfte werden die Voraussetzungen für Veränderungen auf der ausführenden Ebene geschaffen und eine Klärung der mit der primären Aufgabe verbundenen emotionalen Anforderungen sowie eine andere Sicht auf Sicherheit und Gesundheit ermöglicht – der eigenen und derjenigen der Patienten oder zu Pflegenden.

Die Stärkung der beruflichen Selbstständigkeit und Förderung der Professionalisierung leistet zugleich einen Beitrag zur Stabilisierung und zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften – und dabei vor allem der Frauen. Die Beschäftigungssicherheit vor allem der Frauen in personenbezogenen Dienstleistungen wird auch davon abhängen, wie weit es gelingt, Gefühlsarbeit als einen wesentlichen Teil der Berufsausbildung zu begreifen, und damit die Berufsbilder von den implizit zugrunde gelegten „natürlichen Qualifikationen der Frau“ zu lösen. Denn das Arbeitsmittel oder Arbeitsvermögen ist nicht selten eine Fähigkeit, die gerade mit Blick auf die Pflegeberufe gerne als „natürliche“ Eigenschaft insbesondere von Frauen wahrgenommen wird, nämlich Einfühlungsvermögen und Empathie (vgl. Brucks 1999).

3 >Trotz der Eindeutigkeit dieser Aussagen bleibt es offenbar schwer, Gefühlsarbeit als Tätigkeit des Verstandes anzusehen. Die konzeptuelle Entgegensetzung von Gefühl und Verstand fördert sogar eine Polarisierung. Auch ist die Gefahr unübersehbar, Gefühle erkennen zu wollen, um sie manipulieren zu können. Deswegen ist es wichtig, die Aufgabenorientierung oder „Hauptarbeitslinie“ beizubehalten. Die Ergebnisse einer Arbeit müssen objektivierbar sein; dazu bedarf es der Festlegung von Handlungszielen und von Methoden, die Zielerreichung festzustellen.

Begleitforschung als Motor für Veränderung – Steuerungsmodell und Methodik

Auf der Leitungsebene werden die strukturellen Voraussetzungen für Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung in der Arbeit geschaffen. Die Motivation zur Veränderung wird durch eintägige Impulsveranstaltungen gestützt, und einzelne besonders beanspruchte Mitarbeiterinnen werden durch Coachingangebote von persönlichen Hemmnissen entlastet. Darüber hinaus stehen für hier so bezeichnete Strategie-Runden betriebliche ExpertInnen und die direk-

ten Vorgesetzten für Diskussionen besonders schwierig zu lösender Situationen im Arbeitsalltag zur Verfügung. Anregungen aus Arbeitsgruppen und Teamsitzungen werden somit in die Organisation vermittelt und die Beteiligung der Mitarbeiter/innen an Veränderungsprozessen gesichert. Das dynamische Element des Modells zur Integration von Ressourcen erfahrungsbezogener Arbeitsweisen (IReA) wird in dem Wechselspiel von Selbstvergewisserung in der Gruppe



Allgemeines Modell einer Organisation unter Veränderungsdruck im Entwicklungsprozess, U. Brucks/ Wahl, 2004.

(SiG)⁴ und der epikritischen Fallbetrachtung (eFB)⁵ realisiert, das in der Einführungsphase durch die Impulstage gestützt wird. Bis zur Übernahme in die Routine ist es eingebettet in die den Veränderungsprozess stützende Struktur des Allgemeinen Modells einer Organisation unter Veränderungsdruck im Entwicklungsprozess – *a move*.

Der Anregung und Steuerung der Veränderungsprozesse in den Teilvorhaben des Verbundprojekts QUIERO liegt das Modell zur Steuerung von Organisationen unter Veränderungsdruck zugrunde, das vom Freien Institut für Arbeitspsychologie und Gesundheitsforschung AuG – Hamburg entwickelt worden ist (vgl. Abb. 2). Es handelt sich dabei um die Zusammenfügung und Weiterentwicklung der Aktionsforschung von Kurt Lewin und ihren Anwendungen in anderen Bereichen (vgl. Lewin 1947). Dieses Modell unterstellt, dass Bewegung und Veränderung, Weg und Ziel nicht a priori festgelegt werden können, sondern nur Ergebnis eines zu mode-

4 >Die Selbstvergewisserung in der Gruppe (SiG) ist eine Methode zur strukturierten Bearbeitung persönlicher arbeitsbezogener Fragestellungen. Sie ermöglicht den Beschäftigten, eigene Anliegen, Probleme, spezielle Situationen oder bestimmte Fälle darzustellen, welche emotional belasten oder beschäftigen.

5 >Die epikritische Fallbetrachtung ist eine kreative und strukturierte Methode, nämlich durch Erweiterung der Sicht auf den Patienten neue Einsichten über die Krankengeschichte und den Heilungsprozess zu gewinnen. Sie ermöglicht, einen neuen und Erfolg versprechenden Behandlungs- oder Pflegeansatz zu finden.

rierenden Prozesses sein können. In diesem Modell wird unterschieden zwischen der Reflexionsebene (Kreise) und der Handlungsebene (rote Pfeile). Die in den Kreisen genannten Aktivitäten markieren zugleich Abstimmungs- und Berichtserfordernisse und geben dadurch allen Beteiligten einen Rahmen, der dazu veranlasst, Zwischenbilanzen zu ziehen und Kurskorrekturen vorzunehmen.

Das Modell *a move* ermöglicht im Prozessverlauf Anpassungen an die Besonderheiten der Teilvorhaben, ohne die abschließende Evaluation hinsichtlich Effizienz, Wirksamkeit, Transferchancen und Vergleichsmöglichkeiten der Ergebnisse zu entwerfen. Entsprechend konzentriert sich die externe Evaluation neben der Erfassung von Transfereffekten und der Messung von Indikatoren emotionaler Fehlbeanspruchung vor allem auf die Beschreibung der qualitativen Veränderungen im Prozess der Aneignung und Übernahme von neuen Perspektiven und Methoden in die Routine der Pflegepraxis sowie der Etablierung neuer Elemente in die Organisation.

Während die analytisch oder explorativ verfahrenende Forschung das Feld oder den Gegenstand möglichst wenig zu beeinflussen beabsichtigt, wird in der Evaluationsforschung, wie sie hier leitend ist, angestrebt, die Handelnden im Forschungsfeld aktiv und in vorher geregelter Form am Forschungsprozess zu beteiligen, um so einer Realisation auch von unerwarteten Ergebnissen Raum zu geben. Daher werden mit allen Beteiligten Regeln über Art und Umfang der Partizipation und über die Mitwirkung an der Evaluation vereinbart (vgl. auch den Ansatz zum „zirkulären Organisieren“, Wilkesmann/Romme 2003).

Um aus Zwischenergebnissen, und zwar den jeweils eigenen und denen der externen Evaluation, rechtzeitig Konsequenzen für das weitere Vorgehen ziehen und gegebenenfalls Kurskorrekturen vornehmen zu können, wird eine frühzeitige Arbeitsteilung zwischen der externen wissenschaftlichen Begleitung und der intern zugewiesenen Verantwortlichkeit für Projektsteuerung und Evaluation in einer Geschäftsordnung verankert. Wichtig ist, dass in diesem Prozess die internen Moderatoren und Moderatorinnen Qualifikationen entwickeln, die erforderlich sind, um Veränderungsprozesse auch nach Ablauf der externen Unterstützung als permanente Evaluation und Qualitätssicherung eigenständig fortsetzen zu können.

Die Entdeckung der Langsamkeit der Bewegung einer Organisation im Veränderungsprozess – Die widersprüchliche Realisierung der Verbundziele

Die Realisierung der Verbundaufgabe QUIERO zeigt im Verlauf ein kompliziertes, manchmal sogar widersprüchliches Bild: Bereits in der Phase der Selbstvergewisserung im ersten Jahr wurde deutlich, dass an die Projektleitungen mit der Übernahme und Reformulierung des Verbundauftrags Anforderungen gestellt waren, die unmittelbar auch deren berufliches Selbstverständnis berührten und daher Widerstände hervorriefen, die latent die ersten Phasen begleiteten und einen dynamischen Einfluss auf die Arbeit der Steuerungsgruppen entfalteten. Hinter den anfänglichen Schwierigkeiten, die personellen, sachlichen und strukturellen Voraussetzungen für die Implementierung des Maßnahmenbündels IReA zu schaffen, standen vor allem Fragen auf zwei Ebenen: **Auf der ersten Ebene** ging es um die Balancierung von persönlichen Interessen, Verbund- und Projektaufgabe und den Unternehmenszielen, die je unterschiedlich bei den einzelnen Personen und Organisationen ausgeprägt sind. Hier wurde schnell auch der Bedarf gespürt, die Methode der Selbstvergewisserung in der Gruppe (SiG) nicht nur selbst durchzuführen, um die Methode kennen zu lernen, sondern auch auf die Bearbeitung eigener Fragestellungen, die in der gemeinsamen Projektarbeit entstehen, anzuwenden. **Auf der zweiten Ebene** ging es darum, wie die Entwicklung von Selbstreflexivität und Erweiterung der beruflichen Handlungskompetenz in ihrer Wirkung auf das Verhältnis von Partizipation und Führung einzuschätzen ist und welche Wirkungen auf Organisation und Arbeitskultur zu erwarten sind. Insbesondere die letzteren Auswirkungen, die im Hinblick auf internen und externen Transfer gewünscht sind, können auch Besorgnis auslösen. Denn die Entwicklung von Kompetenzen zur besseren Gestaltung der primären Arbeit in der Pflege, die Erweiterung der Handlungsspielräume und die Erhöhung beruflicher Selbstständigkeit verbessern natürlich auch die Möglichkeiten der partizipativen Arbeitsgestaltung, die als ein wichtiges Ziel im strategischen Ansatz QUIERO mitgedacht ist. Damit werden auch im Projekt Fragen des Verhältnisses von Partizipation und Führung thematisiert.

So wurde der Prozess des partizipativen Findens eines „eigenen Weges“ in der Phase der Selbstvergewisserung und Zielbildung auch von Rückschlägen, enttäuschten Erwartungen und Gratifikationskrisen begleitet. Erst im zweiten Jahr begann sich langsam ein Verständnis der gemeinsamen Verbundaufgabe zu entwickeln, und der Austausch untereinander und mit den Mitarbeitern in den Bereichen und Stationen verbesserte sich. Veränderungen in der Qualität der Reflexion auf den Verbundtreffen weisen auf das Potenzial hin, über das die drei Verbundpartner letztlich verfügen, um den Anforderungen der Projektdurchführung gerecht zu werden. Somit deuten sich für die Realisierung der zentralen Verbundziele Chancen an, Professionalisierung von Gefühlsarbeit als eine wichtige Voraussetzung zur Verbesserung der Arbeit und damit zur besseren Bewältigung von gerade in Bereichen der Pflege hohen emotionalen Belastungen zu begreifen und zu nutzen. Vor diesem Hintergrund wird wachsende Selbstreflexivität zunehmend weniger als Gefährdung der Führungsaufgaben gesehen, sondern als bedeutsame Unterstützung in der Bewältigung von neuen Herausforderungen, die sich durch die derzeit beschleunigten Veränderungen der Arbeits- und Geschäftsprozesse im Bereich der Pflege ergeben. Zugleich wird ihre Wichtigkeit zur Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit und -dauer erkannt.

Wenn auch das Auftreten von Widerständen und wiederholten Versuchen, „aus dem Feld zu gehen“, zu erwarten war, so überraschte doch die Hefigkeit und die zum Teil starke emotionale Besetzung der internen Auseinandersetzung um Beteiligungsformen; dies entsprechend den organisatorischen und arbeitskulturellen Voraussetzungen in den drei doch sehr verschiedenen Arbeitsfeldern Geriatrie, Heimpflege und Psychiatrie mit sehr unterschiedlicher thematischer Verteilung und Gewichtung. In diesen vorsichtigen Schritten auf dem Weg zu einer veränderten Arbeitskultur offenbart sich auch die grundlegende organisationspsychologische Einsicht, dass es leichter ist, etwas gänzlich Neues zu tun, als im Prozess strukturellen Wandels den Boden von Tradition und Vertrautheit zu verlassen und kleine,

aber wesentliche Modifikationen in der Arbeit vorzunehmen. Veränderungen jedoch, die von Dauer sein sollen, sind möglicherweise genau auf diesen mühevollen Weg angewiesen. Dies gilt ganz sicher für Berufsbereiche, die wie die Pflege von einer

langen Tradition ethischer und moralischer Vorstellungen überformt sind und sich in der konkreten Arbeit auf das „natürliche Arbeitsvermögen“ von Frauen stützen.

Stützung der Veränderungsprozesse durch flankierende Angebote

Das **Allgemeine Modell einer Organisation unter Veränderungsdruck im Entwicklungsprozess – a move** war für die Konstituierung und Stabilisierung der Steuerungsgruppen von großer Wichtigkeit. Maßnahmen müssen für die Beschäftigten transparent gestaltet sein, partizipativ angeeignet und im Prozess der Realisierung gemeinsam gesteuert werden können. Das Modell gibt den Rahmen ab zur Reflexion des jeweils erreichten Standes in der Realisierung der Verbundaufgabe und bot Sicherheit in der Beantwortung der Frage: Wo stehen wir jetzt, wie wirken sich zeitliche wie auch organisatorische Verschiebungen, Störungen und/oder Veränderungen aus? Als wesentliche Stütze für die Entwicklung des Verbundgedankens und den Aufbau einer hinreichend stabilen Struktur in der Projektdurchführung erwiesen sich – wie erwartet – die regelmäßigen Verbundtreffen, die zu Beginn zwar Schauplatz von Versuchen zur Durchsetzung singulärer Interessen waren, zunehmend aber sich als Konsens stiftend bewährten.

Auf der Ebene der in die Projekte einbezogenen Pflegebereiche waren darüber hinaus vor allem die

Impulstage in Form eintägiger Workshops für die MitarbeiterInnen der beteiligten Einrichtung entscheidend. Sie bewirkten, mehr noch als die jeweils intern durchaus erfolgreich durchgeführten Informationstage, dass sich ein Verständnis des Verbundgedankens und eine Einschätzung des Nutzens für die alltägliche Arbeit in der Pflege entwickeln konnten. Die Impulstage gaben den gewünschten Anstoß und die erforderliche Stützung im Aufbau von Motivation bei den Beschäftigten.

Als außerordentlich hilfreich erwiesen sich auch die Abstimmungsprozesse zwischen der externen Evaluation und den jeweiligen Steuerungsgruppen. Dies deshalb, weil sie auch wegen der erforderlichen Einbeziehung des Betriebsrates bzw. der Personalvertretungen anregten, den Blick noch einmal aus einer anderen Perspektive auf die Hauptanliegen des Verbundprojekts zu richten. Dies förderte auch die Auseinandersetzung mit dem Konzept des IReA-Maßnahmenbündels und führte bei einem Verbundpartner zur Entwicklung eigener Evaluationsinstrumente, die eine Brücke zur externen Prozessevaluation schlugen.

Fazit

Aus epikritischer Sicht lässt sich der aktuelle Stand der Realisierung der Verbundziele mit der leitenden Frage charakterisieren: Wie offen und kreativ gehen die drei Verbundpartner mit dem von ihnen in einem eigenen Antrag übernommenen Verbundauftrag QUIERO um und wie konstruktiv werden sie die Chancen von Kooperation und Austausch innerhalb eines Verbundprojektes nutzen? In der Beantwortung dieser Frage liegt auch der Schlüssel zur Neubestimmung der Beziehung von Partizipation und Führung.

Je nach Eingebundenheit in die betreffende Unternehmensphilosophie und in die pflegerischen Leitvorstellungen beziehungsweise je nach Entscheidungssicherheit der Projektleitungen oszilliert der Realisierungsprozess zwischen Öffnung und Abschottung

gegenüber Mitarbeiterbeteiligung und Austausch im Rahmen der Intern-Extern-Moderation. Eine erste Auswertung der Daten der internen Prozessevaluation bei einem der Verbundpartner zeigt, dass der subjektiv wahrgenommene "Erfolg in der Arbeit" vor allem durch die Arbeitsorganisation und -bedingungen bestimmt wird. Wenn die primäre Arbeitsaufgabe nicht beachtet wird und die Beschäftigung mit ungünstigen Rahmenbedingungen, deren Folgen sowie dem schließlichen Stressmanagement im Mittelpunkt steht, wird die Möglichkeit untergraben, durch Kompetenzentwicklung und Qualifizierung – wie in QUIERO angestrebt – die Prävention von Burnout und anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz langfristig und nachhaltig zu etablieren.

Strukturelle Veränderungen, die der Anpassung an veränderte Gesetzes- oder Finanzlagen geschuldet sind, und ein Stressmanagement, das darauf abzielt, die Mitarbeiter trotz ungünstiger Bedingungen kurzfristig arbeitsfähig zu halten, gehen an dem eigentlichen Brennpunkt – der primären Arbeitsaufgabe – vorbei. Latente Unzufriedenheit, Ausbrennen und gesundheitliche Folgen bleiben.

- ▶ Die Öffnung „nach oben“, d.h. die Möglichkeit für die Belegschaft, sich an den strukturellen Veränderungen sinnvoll zu beteiligen, kann nur funktionieren, wenn die Organisation sich wieder auf die Gestaltung der primären Arbeit besinnt und bezieht und dadurch die Verbindung zwischen den unmittelbar an Patienten tätigen Arbeitskräften und höheren Führungsetagen wiederherstellt.
- ▶ Die Unterstützung „von unten“, d.h. die Möglichkeit für die einzelnen besonders belasteten

Mitarbeiter, sich professionell beraten zu lassen, kann erst dann wahrgenommen werden, wenn in der Belegschaft die Überzeugung vorherrscht, dass im Unternehmen zuvörderst Wert auf die Qualität der Arbeit gelegt wird und nicht etwa auf Kontrolle und Anpassung der Arbeitskräfte.

Wenn beides funktioniert, unterstützen sich Arbeitserfolge und Arbeitssicherheit/Gesundheit gegenseitig. Bleiben die Erfolge bei der Arbeit langfristig aus oder werden die Erfolgsergebnisse nicht durch das Gelingen der primären Arbeitsaufgabe, sondern etwa an der Stressfreiheit des Arbeitstages definiert, kann die Gesunderhaltung der Mitarbeiter durch keine „fassadenrenovierenden“ OE/PE-Maßnahmen langfristig gewährleistet werden.

Literatur

- Becker, W./Meifort, B. (1997): Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben. Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften. Berlin: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Brucks, Ursula (1996): Zur Ergonomie der Gefühle. In: Brucks, Ursula/Schoedlbauer, Michael/Strowick, Elisabeth: Metamorphosen der Arbeit. Reflexionen der Arbeitspsychologie. Festschrift für Hugo Schmale. Fink, München, 163-177
- Brucks, U. (1998): Arbeitspsychologie personenbezogener Dienstleistungen. Bern: Hans Huber.
- Brucks, U. (1999): Gefühlsarbeit. Versuch einer Begriffsklärung, in Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 53, 182-186.
- Brucks, U. (2001): „Gefühlsarbeit“ – eine verdeckte Dimension der Arbeit im sozialen Dienstleistungsbereich. In: Gewerkschaft ÖTV und Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Zentrales Hearing zur Aufwertung von Frauenberufen. Eigendruck
- Büssing, A./Glaser, J. (2003): Interaktionsarbeit in der personenbezogenen Dienstleistung. In dies. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus, Göttingen: Hogrefe, 131 – 148.
- Lewin, K. (1947a): Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science; Social Equilibria and Social Change. Human Relations, 1 (1), 5-41.
- Strauss, Anselm et al. (1980): Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie, in Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 32, 629 – 651.
- Strauss, Anselm et al. (1985): Social Organization of Medical Work, Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Wahl, Wulf-Bodo (2007a): Integration von Ressourcen erfahrungsbezogener Arbeitsweisen in Qualifizierungs- und Professionalisierungsprozesse, in: Bärenz, Peter / Metz, Anna-Maria / Rothe, Heinz-Jürgen (Hrsg.): Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit 14. Workshop, Kröning, 301-304.
- Wahl, Wulf-Bodo (2007b): Qualifizierung durch Integration erfahrungsbezogener Ressourcen in Organisationen der Pflege – Quiero. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V.: Kompetenzentwicklung in realen und virtuellen Arbeitssystemen. Bericht zum 53. Kongress der GfA vom 28. Februar – 2. März 2007, Dortmund.
- Wahl, W. B./Grigorieva, J./Ulrich, K. (2008): Evaluation des Hamburger Modells -Generalisierte Pflegeausbildung mit Schwerpunkten. Hamburg – Lüneburg, AuG/Perspective e.V.
- Wilkesmann, U./Georges, L./Romme, A. (2003): Organisationales Lernen, zirkuläres Organisieren und die Veränderung der interorganisatorischen Herrschaftsverhältnisse. In: Arbeit – Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik, 12. Jg., Heft 3, S. 228-241

Diese Broschüre ist in Kürze als Download auf den Webseiten der beteiligten Projekte erhältlich.

Partizipation
und
Prävention